DE LA

KÉLOTOMIE

SANS RÉDUCTION

Jr 723

DE LA

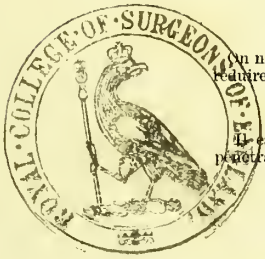
KÉLOTOMIE

SANS RÉDUCTION

NOUVELLE MÉTHODE OPÉRATOIRE DE LA HERNIE ÉTRANGLÉE

PAR LE Dr MARC GIRARD

LAURÉAT ET MÉDAILLE D'OR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE BORDEAUX,
INTERNE DES HOPITAUX DE BORDEAUX,
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BORDEAUX



On ne doit pas toujours réduire les hernies qu'on peut réduire.

RICHTER, *Traité des hernies.* (Bonn, 1788.)

Il est indispensable de réviser la théorie des plaies pénétrantes de la cavité du péritoine.

RICHET, *Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale*, p. 619.

PARIS
J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE
rue Hautefeuille, 19

M DCCC LXVIII

Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b22331839

INTRODUCTION

Sommaire. — L'Opération de la hernie étranglée, telle qu'on la pratique habituellement, donne des résultats désastreux. — But de ce travail.

§ Ier

Durant le temps de mon internat à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, il m'a été donné d'observer un certain nombre de malades atteints de hernies étranglées. Quelques-uns, venus tout à fait au début de l'accident, ont été traités par le taxis, et la hernie a été heureusement réduite sans autres conséquences. Chez d'autres, venus plus tardivement, le taxis a été une fois mortel en provoquant la rupture de l'intestin, et, dans les autres cas, tout au moins impuissant à amener la réduction ; ces derniers malades ont dû subir l'opération dite de la hernie étranglée.

Mais voici que, sur quinze opérés, douze sont

morts consécutivement à l'opération. Ce résultat profondément malheureux a frappé vivement mon attention ; j'ai consulté les statistiques, et j'ai vu que 1,525 opérés avaient donné 794 morts [1], soit 52 % d'insuccès.

D'autre part, les auteurs les plus autorisés en la matière tenaient un langage aussi peu rassurant que celui du chiffre : « Je sais que l'opération elle-même » est toujours dangereuse et que le malade est en » danger de perdre la vie », écrivait Garengeot en 1720.

Plus près de nous, en 1841, Malgaigne l'appelle

	opérés	morts
[1] Statistique du service de Velpeau, de 1835 à 1861.	66	42
Statistique de Malgaigne portant sur les hôpitaux de Paris, de 1836 à 1840.....	220	133
Statistique d'Inman (*Gazette médicale*, 1848).....	545	260
Gosselin, pratique personnelle. (Leçons sur les hernies.).....	66	31
Statistique du duché de Nassau, de 1818 à 1856.	381	163
Statistique de Desgranges, de 1850 à 1867.....	90	43
Statistique de l'Hôtel-Dieu de Lyon, de 1864 à 1866.....	58	42
(Ces trois dernières statistiques sont prises dans la thèse de M. le docteur Fontan. Montpellier, 1868.)		
Statistique des hôpitaux de Paris, 1861 à 1862..	99	80
	1,525	794

en pleine Académie l'une des opérations les plus meurtrières de la chirurgie, et pas une voix ne s'élève pour protester.

En 1845, M. Gosselin traçait ces lignes dans les *Annales chirurgicales :* « A prendre les relevés sta-
» tistiques des hôpitaux, on trouve une proportion
» effrayante de morts. »

Et M. Broca, dans sa thèse d'agrégation sur l'étranglement herniaire, ouvrait cet avis : « L'opé-
» ration de la hernie étranglée est très-grave ; si l'on
» réunit un grand nombre de statistiques, on voit
» que plus de la moitié des malades succombent dans
» les hôpitaux. En ville, les résultats sont moins
» fâcheux. »

Ces chiffres, ces observations, ces opinions me suffisent ; la gravité de l'opération de la hernie étranglée est d'ailleurs un fait notoire, et je regarde dès lors comme démontrée la proposition suivante : L'opération de la hernie étranglée, telle qu'on la pratique habituellement, donne des résultats désastreux.

§ II

Chose étrange, l'opération de la hernie étranglée

est la plus légitime de toutes les opérations chirurgicales. Un lien constricteur existe, qui enserre dans sa puissante étreinte une anse intestinale, gêne le cours du sang dans l'épaisseur de ses tuniques, constitue un obstacle absolu au cours des matières fécales dans son calibre, et, après avoir frappé de mort l'organe étranglé, menace, si l'on n'y met ordre, d'éteindre la vie dans l'organisme tout entier.

Détruire ou débrider ce lien constricteur, tel est le but que se propose l'opération. Jamais indications plus pressantes et plus formelles furent-elles mieux tracées ? Aussi l'opération de la hernie étranglée a-t-elle conquis tous les suffrages. C'est celle qui a soulevé le moins d'opposition ; elle est entrée de plain-pied dans la pratique chirurgicale ; bien plus, elle ne peut être remise sans préjudice pour le malade. Or voilà que, par un singulier retour, cette opération si conforme à la plus saine raison, si bien appropriée au soulagement du malade, se trouve être, de toutes les manœuvres chirurgicales, la plus meurtrière, la plus néfaste par ses résultats.

Il m'a semblé qu'il y avait là un conflit dommageable entre l'art et la raison, entre la pratique et la saine théorie, à coup sûr une inconnue : la cause

de ces insuccès. Et j'ai pensé que rechercher cette cause, la mettre en lumière, tracer des règles pour en combattre les déplorables effets, était une entreprise non dépourvue de quelque intérêt. Telle est l'idée qui a inspiré ce travail.

Bordeaux, le 15 mars 1868.

MARC GIRARD.

DE LA

KÉLOTOMIE

SANS RÉDUCTION

PREMIÈRE PARTIE

DE LA KÉLOTOMIE

CHAPITRE PREMIER

Sommaire. — Définition de la kélotomie. — La kélotomie est bien la cause efficiente de la mort des opérés.

L'opération de la hernie étranglée, *herniotomie* ou *kélotomie,* est une manœuvre chirurgicale, disent les auteurs, qui a pour but de détruire à l'aide d'une incision le lien constricteur qui s'oppose à la rentrée de l'intestin, et de repousser dans le ventre les viscères qui constituent la hernie.

Ainsi définie, l'opération de la hernie étranglée

comprend quatre temps principaux, qui sont, par ordre de succession :

1° L'incision des enveloppes herniaires ;
2° L'ouverture du sac herniaire ;
3° Le débridement de l'agent constricteur ;
4° La réduction de l'anse herniée.

Ces quatre temps opératoires acceptés, mis en pratique et regardés comme indispensables par tous les chirurgiens, constituent cette redoutable opération dite de la hernie étranglée, qui donne une si forte proportion de mortalité.

Une question préalable se présente à résoudre ici : Ces insuccès sont-ils dus à l'opération elle-même, ou bien ne sont-ils que la conséquence des lésions provoquées par l'étranglement herniaire ?

Il est indiscutable que dans quelques circonstances cette dernière hypothèse est la vraie : ainsi lorsque l'opération est exécutée quand tous les signes de la péritonite généralisée existent ; ainsi lorsque la gangrène, après avoir frappé l'intestin hernié, remonte au delà de la constriction et s'étend aux anses intestinales renfermées dans le ventre. Dans ces conditions, il est clair que l'opération ne joue qu'un rôle tout à fait secondaire comme cause des accidents mortels qui doivent fatalement se produire; mais c'est là, je ne crains pas de le dire, une très-rare exception.

Une considération importante éclaire cette ques-

tion : c'est que la péritonite est la maladie à laquelle succombe l'immense majorité des opérés de hernie étranglée. Or, dans le plus grand nombre des cas, la péritonite n'existe pas lorsque l'opérateur pratique la herniotomie. En effet, quoiqu'on ne puisse s'empêcher de reconnaître une certaine similitude dans les symptômes de l'étranglement et de la péritonite, il existe des différences assez marquées qui permettent la distinction clinique de ces deux affections. Les symptômes communs sont les vomissements, les coliques, le ballonnement et souvent la constipation. Mais voici où éclatent les différences : tandis que dans la péritonite la douleur est générale, diffuse dans tout l'abdomen et partout extrêmement intense, dans la hernie étranglée elle est localisée à la tumeur herniaire, ou tout au plus à ses environs immédiats. La différence d'intensité dans les symptômes généraux a surtout une importance décisive. Que voyons-nous, en effet, dans la péritonite généralisée ? Le pouls d'une petitesse et d'une fréquence particulières, qui lui ont mérité le nom de *pouls abdominal;* la calorification du corps profondément atteinte, les extrémités froides, la peau sèche, la face grippée, le système nerveux lui-même participant à ce désordre général; l'agitation, le délire, puis la prostration, le coma, la perte de l'intelligence, et finalement la mort.

En est-il ainsi dans l'étranglement herniaire ? En aucune façon. Les accidents restent pour ainsi dire

localisés au tube digestif, et j'ai souvent vu les malades rejeter par le vomissement les matières fécaloïdes, tout en conservant un ensemble de symptômes généraux relativement assez bénins.

Très-rarement, au contraire, j'ai vu des symptômes de péritonite s'associer à ceux de l'étranglement dès le début de l'accident. Et la brusque invasion de cette inflammation à cette époque serait de nature à faire douter de la réalité de l'étranglement.

L'association de la péritonite généralisée à l'étranglement herniaire n'est cependant pas un fait très-rare; mais elle arrive à une époque tardive, souvent très-éloignée du début de l'étranglement, et nous croyons que l'on peut poser en principe que, lorsque le chirurgien opère une hernie étranglée, dans l'immense majorité des cas la péritonite ne préexiste pas à l'opération.

Voilà, du moins, ce que je croyais pouvoir conclure de mes observations dans les hôpitaux de Bordeaux, portant sur une trentaine de cas de hernie étranglée; voilà, surtout, ce que j'avais induit de mes lectures dans les auteurs classiques et dans les traités *ex professo*. J'avais vu, en effet, qu'on avait divisé la marche de l'étranglement herniaire en deux périodes très-tranchées: l'une, caractérisée par l'absence à peu près complète de symptômes généraux, et qui correspondait à l'étranglement herniaire simple, c'est-à-dire dégagé de toute complication; l'autre, plus ou moins tardive à se montrer suivant les sujets,

et dans laquelle les symptômes généraux se manifestent et s'affirment avec une effroyable intensité.

J'avais même appris [1] que ces symptômes, qui annonçaient presque toujours l'invasion de la péritonite, pouvaient aussi n'indiquer que la dépression nerveuse atteignant ses dernières limites, ou bien encore la gangrène de l'anse intestinale. Aussi ai-je lu avec le plus vif étonnement un Mémoire sur ce sujet [2], dans lequel l'auteur s'efforce de soutenir que «la péritonite existe toujours pendant la durée de l'étranglement. »

« Les signes de la péritonite d'une part, de l'autre » les indices de la suspension dans la marche des » matières intestinales, voilà les deux conditions éga- » lement indispensables au diagnostic de l'étrangle- » ment. » «Il resterait douteux en l'absence de l'un » de ces éléments, car il est facile de voir que, con- » sidéré comme entité distincte et appréciable par » des effets propres à lui seul, l'étranglement n'existe » réellement pas en nosologie, puisqu'il n'a aucun » signe pathognomonique et ne se manifeste que par » la succession de ces deux ordres de symptômes. »

Voilà ce qu'écrivait M. Diday en 1836. Pense-t-il encore de même aujourd'hui ? Je l'ignore. Mais je sais que la doctrine qu'il expose dans les lignes pré-

[1] Nélaton, *Éléments de pathologie chirurgicale*. Paris, 1857, t. IV, p. 249.

[2] Diday, journal *l'Expérience*, 1836, p. 676.

cédentes aurait, si elle était adoptée, les conséquences les plus funestes pour les malades atteints de hernie étranglée. Elle peut, en effet, se résumer en cette proposition : tant que le malade ne présente pas de symptômes de péritonite, on peut affirmer que sa hernie n'est pas étranglée.

Comme conséquence, il deviendra logique de n'opérer que lorsque les symptômes de péritonite auront éclaté, ce qui est vraiment insoutenable.

Mais heureusement jamais doctrine ne fut plus contraire à l'observation, et jamais preuves nombreuses de son étrange fausseté ne furent plus faciles à fournir.

Je rapporte 42 observations d'opération de hernie étranglée : la marche de la maladie, les symptômes observés, les détails de l'opération et les désordres constatés après la mort dans le péritoine, témoignent hautement, et dans tous les cas, que l'étranglement herniaire est un dans sa symptomatologie; qu'on peut et qu'on doit même, au lit du malade, reconnaître si cet accident est simple ou compliqué de l'inflammation péritonéale. Je n'ai pas besoin d'indiquer ici les indications nouvelles qui résultent de l'apparition de ce dangereux incident sur la scène morbide.

Et, pour porter le dernier coup à cette doctrine de l'association fatale, constante, de l'étranglement herniaire et de la péritonite, voici, sur ce grave sujet, l'opinion du professeur Gosselin :

« Je ne saurais donc trop dire aux jeunes praticiens

» que, pour établir le diagnostic de l'étranglement, » l'on ne doit pas attendre l'apparition des grands » symptômes, parce que ceux-ci se montrent souvent » à l'époque où des lésions irremédiables se sont pro- » duites. Je ne veux pas me lasser de répéter que » cette maladie grave présente, à l'époque où la thé- » rapeutique la plus efficace et la plus sûre est pos- » sible, des troubles fonctionnels qui ressemblent à » ceux des maladies les plus légères, et qu'il faut » admettre l'étranglement toutes les fois qu'avec ces » symptômes coïncide l'existence d'une tumeur her- » niaire douloureuse à la pression et devenue depuis » quelque temps irréductible [1]. »

D'ailleurs, conduit par l'évidence, M. Diday, dans le même travail, est forcé de reconnaître que « un » certain nombre de malades succombent à la suite » de hernies étranglées, sans qu'on trouve de traces » de péritonite à l'autopsie. »

Et, bien qu'il ajoute plus loin, pour atténuer toute la gravité d'un pareil aveu : « N'est-il pas une foule de » circonstances où la péritonite a existé avec tous ses » symptômes, sans qu'on doive espérer d'en trouver » des traces sur le cadavre ? C'est ce qui arrivera » quand cette péritonite n'aura existé qu'à l'état de » simple congestion » , nous persistons à penser que, lorsqu'on ne trouve pas de traces de péritonite à la

[1] *Leçons sur les hernies abdominales*, par L. Gosselin, recueillies par le docteur Léon Labbé. Paris, 1865.

nécropsie, c'est que le malade n'a pas été atteint de cette maladie.

Et comme, d'autre part, nous distinguons la simple congestion péritonéale de la péritonite, nous proposerons de remplacer la proposition première de » M. Diday : « La péritonite existe toujours pendant » la durée de l'étranglement », par celle-ci : L'étranglement herniaire provoque constamment, du côté de la cavité péritonéale, une congestion tantôt très-légère, tantôt plus intense, qui, l'étranglement persistant, peut passer à l'inflammation.

Ainsi, malgré le Mémoire contradictoire de l'éloquent écrivain lyonnais sur cette question, nous reprendrons la proposition que nous avions émise plus haut, en l'affirmant avec une nouvelle force.

Nous disions que, dans l'immense majorité des cas, lorsque le chirurgien opérait une hernie étranglée, la péritonite ne préexistait pas à l'opération.

D'après cela, il est clair que, la péritonite qui emporte la plupart des opérés se déclarant après l'opération, c'est à l'opération elle-même qu'il faut en demander compte.

Or, lorsqu'on veut étudier un fait quelconque, il faut le décomposer en ses éléments constituants et demander à chacun d'eux en particulier toutes ses conséquences. Il convient dès lors de rechercher quelle part d'influence prend chacun des temps de la kélotomie sur la mortalité qui frappe les opérés.

CHAPITRE II

Sommaire. — De l'Incision des enveloppes herniaires ; son innocuité au point de vue des suites de l'opération

Le premier temps opératoire, constitué par l'incision des enveloppes herniaires, rentre dans la classe des plaies non pénétrantes de l'abdomen, c'est-à-dire qu'au point de vue du malade il est d'une innocuité à peu près absolue. Je n'ai donc rien à en dire, si ce n'est à rappeler qu'il ne faut pas ménager l'étendue de cette première incision.

« C'est une chose de grande conséquence, disait » Louis, de commencer l'incision de la peau assez » haut au-dessus des anneaux ; et, faute d'une assez » grande incision, on voit quelquefois les opérateurs » les plus experts être très-longs à dilater, c'est-à-» dire à débrider l'anneau qui étrangle les parties. »

Et, revenant plus loin sur le même sujet, l'illustre secrétaire de l'ancienne Académie de chirurgie ajoutait :

« S'il m'est permis de le dire, j'ai vu la cause » de l'inconvénient que les opérateurs ont trouvé à » débrider l'anneau. Ils travaillaient sous œuvre ; » l'angle supérieur de l'incision était trop bas. Mais » quand on commence l'incision au-dessus de l'an- » neau, et que le sac herniaire a été divisé dans » toute son étendue, les parties sont à découvert; » on les dégage, on les range comme l'on juge à » propos : en les déprimant avec le doigt au bord » de l'anneau, la sonde est inutile; un simple bis- » touri boutonné fait le débridement avec facilité, » sans le moindre danger, parce que l'on voit où l'on » est et ce que l'on fait. »

Il est aussi nécessaire de prolonger l'incision jusqu'à la limite inférieure de la tumeur, car, faute de prendre cette précaution, on laisserait une sorte de cul-de-sac où le pus s'accumulerait, et, s'altérant au contact de l'air, pourrait donner naissance à de fâcheuses complications.

CHAPITRE III

Sommaire. — De l'Ouverture du sac. — Nécessité de ce temps opératoire. — Dangers de cette manœuvre. — Blessure de l'intestin. — Gravité des plaies pénétrantes de l'abdomen. — C'est la réduction de l'intestin qui constitue la plaie pénétrante. — L'ouverture du sac n'entre que pour une part très-faible dans la mortalité de la kélotomie.

Le second temps opératoire s'entend de l'ouverture du sac herniaire. Il est encore quelques rares chirurgiens qui débrident les parties étranglées et réduisent l'intestin sans ouvrir le sac. C'est une pratique qui a donné quelques succès, mêlés à beaucoup de revers. Et, comme la pratique opposée donne également des insuccès nombreux, il s'ensuit qu'on a discuté longtemps sans conclure sur l'avantage qu'on pouvait retirer de l'emploi exclusif de l'une ou l'autre méthode, et qu'on pourrait encore beaucoup discuter sans plus de résultat. Cela se comprend : le danger n'est pas dans l'incision du sac herniaire; et à ceux qui regardaient l'ouverture du sac comme une cause

de péritonite, et conséquemment voulaient qu'on respectât le péritoine, il eût fallu répondre en montrant la véritable cause des insuccès, et surtout en ouvrant un avis pour l'éviter.

Pour ce qui est de l'ouverture du sac, il serait puéril de ma part de chercher par le raisonnement à en démontrer la nécessité, puisque tous les chirurgiens de notre époque, à quelques rares exceptions près, sont d'accord pour en reconnaître toute l'utilité. On sait que J.-L. Petit, qui, le premier, eut l'idée de débrider les parties étranglées en incisant l'anneau sans ouvrir le sac, abandonna cette pratique vingt ans avant sa mort. D'ailleurs, il eût été bien surprenant de voir ce grand chirurgien, qui appelait le sac *le livre de vérité,* entendant par là qu'il est bien difficile avant son ouverture de savoir ce qu'il contient, persister sans ses premiers errements.

Au demeurant, la nécessité pour le chirurgien de juger des parties contenues dans le sac, le danger qu'il y aurait à repousser dans la cavité péritonéale de la sérosité inflammatoire ou purulente, ou bien encore un intestin malade, peut-être même perforé, le grand nombre d'étranglements qui se font par le collet du sac : telles sont les considérations décisives qui ne permettent pas de passer outre à l'ouverture du sac herniaire.

Je n'ai pas à parler ici des difficultés que l'opérateur peut avoir à surmonter pour reconnaître le sac

et le distinguer de l'intestin lui-même. Il est certain que, dans quelques circonstances, cette distinction est extrêmement difficile. Ainsi, dans les petites hernies étranglées que l'on a appelées sèches, précisément parce qu'aucun liquide ne vient s'interposer entre le sac et l'intestin, l'erreur a été plus d'une fois commise. Il en a été de même pour des hernies plus volumineuses, et où, par conséquent, les difficultés étaient moindres. Il me paraît donc nécessaire de rechercher ce qui est survenu pour le malade de ces erreurs d'appréciation, afin de juger quel est le contingent du deuxième temps opératoire dans la mortalité de la herniotomie.

Laissant de côté l'étranglement interne provoqué par la réduction en masse, le cas le plus simple qui puisse se présenter est le suivant : le sac est méconnu ; l'opérateur croit être arrivé sur l'intestin ; il débride l'anneau fibreux et réduit. Alors, ou bien l'intestin est sain, et le cours normal des selles se rétablit, la guérison a lieu ; ou bien l'intestin est malade, enflammé, contus, peut-être même sphacélé, le malade meurt[1]. Mais cette terminaison fatale est imputable à la réduction. Il est bien évident, du reste, que, le deuxième temps opératoire n'ayant pas été exécuté, il est impossible de le rendre passible des accidents qui sont survenus. Tout au plus pourrait-on et devra-t-on conclure contre sa non-exécution.

[1] Observation I.

Mais un fait également très-grave peut se passer : le sac méconnu a été ouvert, et le chirurgien, arrivé sur l'anse intestinale, prend l'intestin pour le sac et l'incise en dédolant. Eh bien ! le plus souvent il arrivera qu'il n'aura fait à l'anse intestinale qu'une blessure superficielle, et que, reconnaissant son erreur, il se sera arrêté avant d'avoir intéressé toute l'épaisseur des tuniques intestinales. Des observations (cela est arrivé à Löffler) témoignent que, dans ces conditions, l'accident est insignifiant.

D'ailleurs j'ai intérêt à mettre les choses au pire, et je veux bien admettre que l'opérateur ait poussé jusqu'au bout les conséquences de son erreur ; qu'il ait ouvert le calibre intestinal, et que les matières fécaloïdes, s'échappant entre ses doigts, soient venues tardivement l'éclairer. Je vois là une erreur opératoire dommageable bien davantage à la réputation du chirurgien qu'à la vie de son malade. Mais il faut s'entendre, car, si je considère la lésion intestinale comme peu grave au point de vue du pronostic, je ne juge pas de même la conduite que tiendra l'opérateur après cet accident. Quelques-uns, considérant que l'ouverture est très-étroite, ne craignent pas de réduire l'intestin ; d'autres font un point de suture et réduisent aussi ; quelques-uns établissent de toutes pièces un anus anormal. Chacune de ces manières de faire a donné des succès, succès qu'on a publiés ; mais il est certain que les insuccès ont été bien plus nombreux. En effet, ce n'est pas la

blessure de l'intestin qui me paraît, dans ces cas malheureux, la cause de la mort, mais bien la conduite suivie; conduite, il faut bien le dire, irrationnelle au possible, ainsi que j'espère le démontrer par la suite même de ce travail. J'accuse donc la réduction, la suture, l'établissement d'un anus anormal, mais je considère la lésion intestinale comme peu dangereuse; car enfin qu'adviendra-t-il de cette blessure inattendue, si, débridant, on laisse les choses en état? rien de sérieux. Un fait rapporté par J.-L. Petit est d'un haut enseignement à cet égard.

« Un vendeur d'orviétan, se disant opérateur, » courant de province en province pour débiter ses » drogues, eut la permission de dresser un théâtre » sur la place de Cambrai. Pendant son séjour dans » cette ville, il fut mandé chez un malade qui avait » une hernie assez considérable, et à laquelle les chi- » rurgiens du lieu se disposaient à faire l'opération. » Le prétendu opérateur assura que la maladie n'était » qu'un abcès; il y appliqua un emplâtre. Le ma- » lade renvoya ses chirurgiens, et, deux jours après, » étant aux abois, l'opérateur, craignant de perdre » la confiance de son malade, ouvrit le prétendu » abcès, duquel, au lieu de pus, il sortit plein une » jatte de matière fécale très-puante; le malade fut » soulagé, et l'on cria victoire. Cependant les connais- » seurs, surtout ceux qui avaient vu d'abord le malade, » s'attendaient d'apprendre bientôt sa mort. Ils ap- » prirent au contraire qu'il se portait mieux, et, effec-

» tivement, dans un mois il fut parfaitement guéri. » Frappé d'un tel événement, je tâchai de m'instruire » des circonstances, et j'appris ce que je viens de dire, » et de plus que les matières stercorales n'avaient » coulé par la plaie que pendant trois jours, et que » l'opérateur n'avait pansé son malade qu'avec un » simple emplâtre, qu'il disait être celui de Para- » celse.

» Ce même opérateur fit une seconde opération de » la même manière et avec le même succès. Il fut » mandé dans quelques villes de Flandre pour une » semblable opération, et revint à Cambrai avec toute » la réputation possible : on ne parlait que de son » habileté et de sa dextérité. J'étais bien fâché d'avoir » manqué l'occasion de le voir opérer ; mais, heureu- » ment pour moi, je trouvai le moyen de m'approcher » de lui comme curieux. Ma jeunesse ne lui porta » point d'ombrage ; il me mena avec lui, et je lui vis » faire, avec une lancette à abcès, l'ouverture d'une » hernie, ni plus ni moins qu'il aurait fait s'il eût » ouvert un apostème suppuré. Il sortit des matières » fécales ; il appliqua sur la plaie son emplâtre, et, » en moins d'un mois, le malade fut guéri. »

Je dis que ce fait est d'un haut enseignement, parce que, dans le cas de blessure intestinale, il éclaire sur la conduite à tenir. Laisser les choses en état, après avoir toutefois débridé l'agent constricteur, me paraît être la pratique la plus logique. Je dis « après avoir débridé », parce que j'espère démon-

trer dans le cours de ce travail que, quoi qu'il arrive dans une opération de kélotomie, le débridement de l'agent constricteur est un grand principe opératoire qui doit être constamment appliqué, et domine toutes les autres indications.

On a aussi accusé l'ouverture du sac de prédisposer à la péritonite, et, comme presque tous les opérés meurent de ce redoutable accident, on comprend le succès des chirurgiens qui ont préconisé l'opération de la kélotomie sans incision du sac herniaire. Tout le monde reconnaît, en effet, la gravité exceptionnelle des plaies des parois abdominales compliquées de lésions de la séreuse, et j'ai peine à m'expliquer comment le docteur Ramond, dans sa thèse inaugurale [1], a pu formuler la proposition suivante : « Tout le monde l'admet, et les faits le dé-
» montrent : les plaies pénétrantes simples de l'abdo-
» men, sans lésion d'aucuns viscères contenus dans
» cette cavité, ne présentent pas plus de gravité que les
» autres ; elles ont presque toujours une heureuse ter-
» minaison. »

Les lignes suivantes, que j'emprunte au beau livre du professeur Richet [2], me paraissent présenter cette question de gravité des plaies pénétrantes simples de l'abdomen sous leur véritable jour :

« Il n'est pas de chirurgien qui n'ait eu l'occasion

[1] Ramond, Thèses de Paris. 1866.

[2] *Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale*, 3e édition. Paris, 1866, p. 647.

» de constater combien est vraie cette proposition au-
» jourd'hui passée à l'état d'axiome : à savoir, que,
» parmi les plaies de l'abdomen, celles qui ouvrent la
» cavité péritonéale sont plus dangereuses que celles
» qui n'y pénètrent point, alors même que dans ce
» dernier cas la blessure n'est pas bornée aux parois
» musculaires et a intéressé des organes importants,
» mais situés au dehors du péritoine. Aussi a-t-on
» établi en principe, sans en donner de raisons satis-
» faisantes, que, dans les opérations qu'on pratique
» sur le ventre, il faut soigneusement éviter d'enta-
» mer la séreuse, et se borner à la décoller. »

« Pourquoi donc cette innocuité dans un cas, cette
» gravité dans l'autre ? » se demande ensuite le savant professeur.

« Avant de chercher l'explication de cet étrange
» phénomène, voyons d'abord les faits. Lorsqu'on
» pratique la ligature de l'artère iliaque, on est obligé
» de séparer le péritoine pariétal du tissu cellulaire
» sous-jacent dans une étendue considérable, et de
» mettre la face externe de cette membrane en rap-
» port avec l'air ; cependant la péritonite est rare à la
» suite de cette opération, tandis qu'elle est fré-
» quente dans les cas où la cavité péritonéale a été ou-
» verte, si petite que soit l'ouverture. Même innocuité
» de la part des inflammations qui restent confinées
» dans la couche sous-péritonéale : tant qu'elles ne dé-
» passent point le feuillet pariétal, et que le pus n'a
» de rapport qu'avec la face externe de cette mem-

» brane, les accidents demeurent ceux de tous les » phlegmons, ainsi qu'on l'observe souvent dans les » abcès des ligaments larges et de la fosse iliaque. » Mais, dès que les liquides produits par l'inflamma- » tion font irruption dans la cavité du péritoine et se » mettent en contact avec sa surface interne, les ac- » cidents de péritonite apparaissent et deviennent en » général rapidement mortels.

» D'où vient donc cette différence dans le mode » d'action des mêmes irritants, selon qu'ils sont plus » ou moins en rapport avec la face externe ou in- » terne de la même membrane ? Serait-ce que, dans le » premier cas, leur action est limitée, tandis que, dans » le second, elle peut facilement s'étendre à une partie » plus ou moins considérable de la surface séreuse ? Il » est des circonstances où l'inflammation de la couche » sous-péritonéale est répandue sur une si grande sur- » face que cette raison ne peut plus être invoquée, » ou au moins n'est plus suffisante ; par exemple, » dans ces vastes phlegmons des ligaments larges, » dans ces abcès par congestion qui ont envahi toute » la région extra-péritonéale postérieure. Comment » se rendre compte d'ailleurs de l'absence complète » d'accidents dans un cas, de leur intensité dans » l'autre.

» Qu'on me permette une hypothèse. On a vu pré- » cédemment que des trois feuillets qui entrent dans » la structure du péritoine, un seul régnait dans toute » l'étendue de la cavité séreuse : c'est le feuillet épithé-

» lial. Faisant un instant abstraction de ce feuillet, je
» suppose qu'il ait disparu, la cavité restera, mais ses
» parois vont se trouver singulièrement modifiées. Du
» côté des viscères, sur lesquels la couche épithéliale
» est appliquée sans intermédiaire, elles seront re-
» présentées par une immense surface offrant partout
» un réseau capillaire d'artères et de veines, aussi
» riche, aussi serré, aussi fourni que nulle part dans
» l'économie, et, de plus, pourvu de nerfs provenant
» du grand sympathique, doués, comme tous les ré-
» seaux qui en émanent, d'une sensibilité un peu ob-
» tuse à l'état normal, mais s'exaltant à un degré
» inouï sous l'influence de l'état pathologique. Du
» côté des parois abdominales, au contraire, au-dessous
» de la couche épithéliale, on rencontre le feuillet
» intermédiaire, véritable derme de la séreuse, formé
» de fibres de tissu cellulaire condensé, presque dé-
» pourvu de vaisseaux et de nerfs, et doublé lui-même
» d'une couche celluleuse généralement peu vasculaire,
» sous laquelle, plus profondément encore, on trouve
» ici des aponévroses, là des muscles, tous tissus ré-
» fractaires aux inflammations. N'est-il pas évident
» que, dans une cavité ainsi constituée, la susceptibi-
» lité inflammatoire sera fort inégalement répartie,
» et que, si un irritant vient à y pénétrer, il trouvera
» dans la paroi formée par les viscères des éléments
» d'activité bien autrement nombreux et préparés que
» dans celle qui lui est opposée ? Or c'est là précisé-
» ment ce qui arrive dans le cas où l'air, le pus,

» l'urine, la bile ou tout autre liquide irritant, s'in-
» troduit dans la cavité péritonéale. Le feuillet épi-
» thélial est incapable, vu sa minceur et son peu de
» consistance, de protéger longtemps les parties sous-
» jacentes, et d'ailleurs il disparaît au bout de quel-
» ques heures, ainsi que, par des expériences directes,
» je l'ai démontré dans un autre travail. La cavité
» séreuse se trouve donc bientôt, en réalité, dans les
» conditions que j'ai supposées précédemment, et l'on
» comprend que l'inflammation trouve dans les condi-
» tions anatomiques de la surface viscérale des élé-
» ments de propagation dont l'étendue et la richesse
» expliquent sa marche rapide et son intensité, élé-
» ments qu'elle ne rencontre ni dans les deux feuil-
» lets sous-jacents à la couche d'épithélium pariétale,
» ni dans les aponévroses, ni dans les muscles.

» Telle est la raison de cette innocuité des inflamma-
» tions limitées au feuillet pariétal, au péritoine même
» lorsqu'elles sont très-étendues, et l'on peut dire que,
» tant que la surface des viscères n'est pas en jeu,
» le danger n'est pas immédiat et peut être conjuré.
» *Mais, dès que la cause irritante s'est mise en con-*
» *tact avec elle, le péril est imminent; quelques heures*
» *suffisent pour le rendre irremédiable.* »

J'ai rapporté tout au long cet éloquent chapitre de physiologie pathologique, parce que bien souvent, dans le cours de cette étude, j'aurai à m'appuyer sur les vérités éclatantes qu'il renferme.

Pour revenir à mon sujet, je devrai donc main-

tenant reconnaître toute la gravité de l'incision du sac en tant que plaie pénétrante de l'abdomen, et accorder que l'ouverture du sac, en faisant communiquer la cavité péritonéale avec l'intérieur, est une cause très-fréquente de péritonite, c'est-à-dire de mort pour les opérés.

Mais il est une considération importante qui juge autrement cette difficile question, et je m'étonne qu'un fait d'observation comme celui que je vais signaler n'ait pas été noté déjà depuis longtemps par les chirurgiens : je voulais dire qu'une hernie étant étranglée, la cavité du sac, par le fait même de l'étranglement, ne fait plus partie momentanément de la cavité abdominale.

Anatomiquement, en effet, que voyons-nous ? Une cavité, un contenu, et le pédicule de ce contenu si fortement serré par le collet de cette cavité, que toute communication est interrompue entre la cavité morbide et la cavité normale voisine. Notons, en outre, que des adhérences ne tardent pas à se développer au pourtour du collet du sac et rendent cette séparation plus complète encore. Et, pathologiquement, ne savons-nous pas que, tandis que les désordres inflammatoires les plus violents, dont témoignent la sérosité, les fausses membranes, le pus et la gangrène, se passent dans la cavité du sac, tout est calme, du moins au point de vue de l'inflammation, dans la cavité péritonéale?

Et ce n'est que très-tardivement, ou après la des-

truction de l'étranglement par le fait même de la gangrène des parties étranglées, que l'on voit l'inflammation gagner l'abdomen : c'est qu'alors la cavité du sac est redevenue partie de la cavité abdominale. Mais les faits ne sont pas rares où l'on a vu les téguments, je veux dire les enveloppes herniaires, s'enflammer par contiguité, s'abcéder, se perforer, un anus contre nature se constituer, tandis que du côté de l'abdomen les parties restaient dans un état à peu près normal [1].

J'avais donc raison d'avancer cette proposition, qui au premier abord semble un peu paradoxale, que dans la hernie étranglée la cavité du sac ne fait plus momentanément partie de la cavité péritonéale.

On comprend, dès lors, que le second temps opératoire, qui consiste dans l'incision du sac, demeure une manœuvre fort insignifiante au point de vue du danger qu'elle fait courir au malade. Seulement cette incision du sac, insignifiante en elle-même tant que l'étranglement existe et surtout que l'intestin

[1] Le docteur Payan, d'Aix, en 1848, rapporte trois observations de hernie crurale, dans lesquelles les plus graves désordres ont été observés et où la nature s'est suffie à elle-même pour la guérison. Ces trois observations, dit l'auteur, tendent à démontrer que le traitement qui avait été suivi le plus anciennement dans la gangrène herniaire ou dans l'abcès stercoral consécutif, lequel consistait à ouvrir simplement l'abcès pour donner issue aux matières, confiant les suites de l'opération aux seules ressources de la nature, est en même temps le plus simple et le plus rationnel. (*Archives de médecine*, 1848.)

n'est pas réduit, va devenir un danger immédiat et considérable, alors que l'opérateur, ayant débridé l'agent constricteur, repoussera l'intestin hernié dans l'abdomen, précisément parce qu'il aura rétabli la continuité entre les deux cavités péritonéale et herniaire, et constitué, par ce fait même de la réduction, une plaie pénétrante des parois abdominales.

Mais, m'en tenant absolument à la marche que je me suis tracée, c'est-à-dire recherchant la gravité des différents temps opératoires de la herniotomie dans leur décomposition et non pas dans leur dépendance, je n'attribuerai pas à l'incision du sac les conséquences de la réduction, et je me crois autorisé à conclure : l'ouverture du sac herniaire, qui constitue le deuxième temps de l'opération de la herniotomie, n'entre que pour une part extrêmement faible dans la mortalité qui accompagne cette opération.

CHAPITRE IV

Sommaire. — Du Débridement. — Les tentatives de taxis avant le débridement sont illogiques et dangereuses. — Cas où l'on peut se dispenser de débrider. — Larges débridements des anciens. — Ses dangers. — Nombreux procédés créés pour y remédier. — Pratique moderne. — Débridements multiples et peu étendus. — Rareté de l'hémorrhagie. — Déchirure de l'intestin pendant le débridement. — Le procédé d'Arnaud est irrationnel. — Nécessité absolue du débridement.— Blessure de l'intestin. — Le débridement n'entre que pour une part très-faible dans la mortalité de la kélotomie.

Le troisième temps opératoire de la kélotomie est constitué par le débridement de l'agent constricteur. Mais, avant d'entrer dans sa discussion, il faut rapporter ici, pour le condamner hautement, un conseil donné par un grand nombre d'auteurs, conseil singulièrement illogique et cependant mis en pratique par beaucoup de chirurgiens, et des plus autorisés. Ces auteurs recommandent de ne point débrider immédiatement après l'incision des enveloppes her-

niaires et du sac, mais d'essayer préalablement de réduire les parties herniées.

J'ai dit que ce conseil était illogique ; il est aussi dangereux. Illogique, en effet, car ce qui fait la hernie étranglée, ce qui empêche la réduction, c'est l'agent constricteur et non pas la sortie de l'intestin. Et, comme le dit Scarpa, l'objet principal de l'opération est de faire cesser l'étranglement d'une manière prompte et sûre. Le débridement de l'agent constricteur reste donc le but principal de la manœuvre chirurgicale, et j'ai raison de conclure qu'il est illogique, pour accomplir une indication secondaire, de laisser sans la remplir l'indication principale.

Mais j'ai dit aussi que c'était une manœuvre dangereuse ; il ne saurait en être autrement. La réduction, une fois l'anneau débridé, présente dans presque tous les cas d'assez grandes difficultés ; le passage est généralement trop étroit, car l'intestin, par le fait de son étranglement, a acquis un volume plus grand, et, dans certaines circonstances, on a vu l'intestin se rompre plutôt que de rentrer par l'anneau débridé. Mais, si difficiles et dangereuses sont les manœuvres de réduction alors que l'anneau est débridé, elles deviennent presque insurmontables alors que l'étranglement n'a pas été levé. Plus encore, elles exposent à la rupture intestinale, pour peu que l'intestin soit malade, tout au moins à la contusion des tuniques intestinales, à leur froissement, et finalement au développement d'accidents consécutifs. Du

reste, il me paraît inutile d'insister davantage sur ce sujet, car, ce travail ayant pour but ultime de démontrer que la réduction de l'intestin après le débridement est une mauvaise manœuvre chirurgicale, *à fortiori* devra-t-elle être condamnée alors que la constriction de l'intestin n'est pas levée.

Je ne connais que deux circonstances qui légitimeraient l'abstention du chirurgien au point de vue du débridement : c'est lorsque l'étranglement est produit par l'enroulement d'une anse intestinale autour d'elle-même, ou bien par l'enroulement de l'épiploon autour de l'anse intestinale. Dans ce cas, en effet, la seule indication à remplir serait de déplier la corde péritonéale ou les circonvolutions intestinales pour les replacer dans leur état normal. Mais cette cause d'étranglement est extrêmement rare, et à peine pourrait-on en citer plus de deux exemples parfaitement authentiques.

La destruction de l'étranglement ou débridement est le temps capital de l'opération.

Franco, qui pensait, avec les auteurs de son temps, que toutes les hernies arrivent par la rupture du péritoine, pratiquait une bonne ouverture à cette membrane. Plus tard vint la théorie de l'étranglement par les anneaux, et on incisa les anneaux; seulement cette théorie, quelquefois vraie, mais fausse dans la plus grande généralité des cas, conduisit à la kélotomie sans incision du sac, méthode dont j'ai montré plus haut les inconvénients. Puis

on démontra que le collet du sac est l'agent qui joue le plus souvent le rôle décisif, dans l'étranglement herniaire.

Signalons encore comme agent d'étranglement, dans des circonstances tout à fait exceptionnelles, des brides fibreuses anciennes implantées dans le sac par leurs deux extrémités, l'épiploon perforé par l'anse intestinale, le sac déchiré sur l'une des parties de son étendue et étranglant l'intestin par ce pertuis.

Dans tous ces cas divers, l'incision de l'agent constricteur demeure toujours applicable et constitue une manœuvre décisive pour faire cesser l'étranglement.

Seulement nos pères, Franco à leur tête, et Paré, et Covillard, et Garengeot, J.-L. Petit, Desault... débridaient largement ; ils faisaient, comme je l'ai rapporté plus haut, une bonne ouverture. La pratique moderne a changé du tout au tout sur ce point : on incise fort modérément, et la méthode des débridements multiples, mais peu étendus, est très-employée de nos jours.

La méthode des larges débridements avait surtout un inconvénient considérable : elle exposait aux hémorrhagies, et nombre d'opéré ont succombé à cet accident, ainsi que le témoignent les observations qui se rapportent à cette époque. Cet accident avait fait considérer le troisième temps opératoire comme l'un des plus dangereux de l'opération tout entière,

et les chirurgiens s'étaient ingéniés à en conjurer les dangers par l'invention de nouvelles méthodes ou de nouveaux instruments.

Parmi les méthodes, je signalerai celle de Picray, qui retirait les intestins de la hernie à l'aide d'une incision pratiquée à la paroi abdominale, bien au-dessus de la tumeur hernière ; celle de Thévenin et de Leblanc, qui consistait à dilater l'anneau constricteur au lieu de l'inciser ; celle qui consistait à déchirer l'anneau avec le doigt ou avec le crochet d'Arnaud, dont le procédé belge de Seutin est une variante éloignée ; celle enfin que M. Colliex a indiquée en 1834, et qui consistait à couper de dehors en dedans toutes les parties étranglantes jusqu'à l'intestin. Malheureusement pour ces méthodes, l'expérience ne leur a pas été favorable, et elles sont aujourd'hui complétement délaissées.

Quant aux instruments, leur nombre est considérable ; je citerai : la sonde ailée de Méry, les ciseaux de Moran, les bistouris herniaires de Bienaise, de Ledran, d'Arnaud, de J.-L. Petit, de Pott, d'A. Cooper, de Dupuytren et d'autres que j'oublie certainement. A notre époque, le bistouri d'A. Cooper, le simple bistouri boutonné ordinaire, les ciseaux courbes, tels sont les instruments le plus ordinairement employés au débridement.

Et de nos jours on peut affirmer que, dans la herniotomie, il n'est pas un accident plus rare que l'hémorrhagie pendant le débridement. A l'hôpital

Saint-André, de Bordeaux, on fait en moyenne six opérations de ce genre tous les ans. Sur les quinze observations que je rapporte, je n'ai pas un seul cas à signaler, et je n'en ai pas vu de mentionnés dans le compte rendu des dix ou quinze années précédentes. Sur soixante-six opérés, M. Gosselin n'en a signalé qu'un cas, et encore s'agissait-il de l'artère spermatique deviée de sa direction. L'habile opérateur put facilement se rendre maître de l'hémorrhagie en comprenant dans l'anneau d'une ligature portée avec une aiguille tout à la fois et le sac et l'artère qui y adhérait. M. Richet[1] signale aussi l'extrême rareté des blessures artérielles comparée au nombre considérable d'opérations journellement pratiquées dans les hôpitaux.

Évidemment on doit attribuer la rareté de cet accident, jadis assez fréquemment observé, à la pratique des débridements peu étendus et multipliés sur plusieurs des points de l'agent constricteur. Aussi je comprends très-bien que M. Gosselin ait qualifié de grandes exagérations les minutieux détails sur les rapports vasculaires du collet du sac donnés par plusieurs anatomistes modernes, en vue d'éviter l'hémorrhagie dans la herniotomie. Il leur reproche d'entretenir ainsi dans l'esprit des chirurgiens un peu timorés des craintes chimériques d'hémorrhagie, qui n'ont que trop favorisé la temporisation à laquelle on

[1] *Loco citato*, p. 995.

s'est laissé trop souvent aller dans le traitement de l'étranglement herniaire.

L'hémorrhagie sans la herniotomie est donc un accident fort rare ; mais, en outre, il faut remarquer que c'est un accident contre lequel le chirurgien possède un recours immédiat : la ligature.

Je sais bien que, dans les profondeurs où le collet est situé, il n'est pas toujours facile d'aller chercher l'extrémité du vaisseau divisé, mais il reste la ressource d'une ligature en masse à travers les parties molles, et par ce moyen on réussira presque toujours à arrêter le cours du sang.

On a dit encore que le débridement est le temps le plus scabreux de la kélotomie, parce que l'intestin malade peut se perforer au moindre attouchement de l'opérateur, et que, d'autre part, le chirurgien lui-même est exposé à le blesser avec son instrument.

Il est certain que la circonstance d'un intestin malade se déchirant sous l'effort des pressions nécessaires au débridement s'est plus d'une fois rencontrée[1], et cet accident se comprend d'autant mieux que les lésions de l'anse intestinale sont surtout accusées et généralement plus avancées au niveau du bout supérieur.

C'est donc un accident extrêmement grave, mais heureusement assez rare, et d'ailleurs loin d'être toujours mortel.

[1] Observation II.

En effet, lorsque la constriction est portée à ce point que le sphacèle s'ensuive, il se fait une exsudation plastique, et de fausses membranes s'organisent, qui relient le bout supérieur à l'agent constricteur; vienne la déchirure, le danger d'un épanchement stercoral est écarté par le fait même des adhérences formées. Mais il importe de se rappeler qu'elles sont molles et très-minces, barrière fragile entre la vie et la mort, que le moindre effort malencontreux peut détruire; et je comprends que M. le professeur Gosselin, à propos des adhérences qui fixent à la paroi abdominale le bout supérieur de l'intestin dans l'anus anormal, ait formulé comme loi que les explorations ne doivent pas être faites avant la fin du deuxième mois de son établissement, précisément pour éviter la déchirure des adhérences formées, et par suite un épanchement stercoral dans le péritoine.

Il n'entre pas dans ma tâche de formuler ici une règle de conduite; mais celle que je considère comme la plus logique consisterait, la déchirure étant produite, à débrider du côté opposé à la perforation et à laisser les choses en état, sans autrement y toucher que pour faire un pansement simple.

Ceci me conduit à parler du procédé d'Arnaud, qui consiste à débrider l'agent constricteur par l'intérieur même du bout supérieur, lorsque les liquides stercoraux ne s'écoulent pas par l'intestin largement ouvert, gangréné. Je ne crois pas qu'il y ait dans la

science de procédé opératoire plus nettement opposé à toutes les règles de la logique, et malheureusement à l'intérêt du malade. Qui ne voit, en effet, que le même coup qui sectionnera l'intestin et l'agent constricteur ouvrira l'intestin dans la cavité péritonéale? Et cependant ce procédé a donné des succès ; il est resté dans la pratique chirurgicale, il est conseillé par les auteurs. Pour ma part, j'ai vu un éminent chirurgien dans la dure nécessité de recourir à ce procédé, et je dois ajouter que le malade a succombé [1].

La nécropsie fit voir un épanchement stercoral extrêmement abondant dans le péritoine; le bout supérieur était friable et noirâtre sur une étendue de plus de dix centimètres. Sa friabilité empêcha de constater sa perforation dans un autre point que celui sur lequel avait porté le débridement par la méthode d'Arnaud. Incidemment, je dirai que la cause de la gangrène de cette anse intestinale me paraît devoir être attribuée à ce que l'agent constricteur n'avait point été débridé préalablement à la création de l'anus anormal.

Car il ne faudrait pas croire que, par ce fait même qu'on a largement ouvert un intestin sphacélé, forcément, inévitablement, les matières fécales vont s'écouler à flots et le malade être soulagé. Non, ce serait avoir une fausse idée de l'étranglement herniaire et de ses suites. L'agent constricteur, tel est

[1] Observation III.

le corps du délit : c'est sur lui que doivent porter les efforts, les manœuvres de l'opérateur; c'est lui qui est la cheville ouvrière, le clé de voûte de l'étranglement.

Anneau fibreux, tissu dartoïque, collet du sac, épiploon, bride ligamenteuse, fausse membrane, quelles que soient les formes diverses qu'il revête, son rôle est toujours un, toujours semblable à lui-même; il enserre, il comprime, il étrangle. Une fois la continuité du lien constricteur violemment interrompue, l'étranglement disparaît, et avec lui ses conséquences. Mais tant qu'il existe, que l'intestin soit gangréné dans toute son étendue, dans un fort petit espace, dans un point imperceptible, que les tuniques intestinales soient saines, prenez qu'il n'y a rien de fait, et que le malade reste et demeure exposé aux accidents les plus formidables.

En effet, l'inflammation dont l'anse intestinale est le siége, derrière la portion sphacélée, prend une intensité excessive, par le fait même de la persistance de l'étranglement, et cette violence même des phénomènes inflammatoires fait que l'inflammation aboutit fatalement à la gangrène.

Aussi, malgré l'opinion d'auteurs considérables, Louis, Dupuytren, M. Gosselin, mais avec Richter [1], Scarpa et Velpeau, je considère le débridement or-

[1] Richter. Il faut toujours détruire l'étranglement, soit qu'on laisse l'intestin dans la hernie ou qu'on le réduise. (*Traité des hernies*, traduit par Rougemont. Bonn, 1788 p. 152.)

dinaire, c'est-à-dire celui qu'on exécute en portant le bistouri entre l'intestin et le collet du sac, comme tout à fait indispensable, même alors que l'anse intestinale, complétement mortifiée, s'est constituée d'elle-même, pour ainsi dire, en anus anormal.

Dans mon opinion, l'agent de l'étranglement résume à lui seul la question tout entière : l'état de l'intestin ne me paraît que d'une importance relative.

Et, comme je l'ai dit précédemment, ne pas débrider, quelles que soient les circonstances adventives, c'est méconnaître l'indication primordiale au profit d'indications secondaires, que le débridement de l'agent constricteur aurait remplies du même coup.

Et, si j'avais devers moi assez de faits observés ou assez d'autorité scientifique, je ne craindrais pas de rendre ma pensée sous une forme aphoristique et de dire : Dans l'opération de la hernie étranglée, quel que soit l'état de l'intestin et des enveloppes herniaires, le débridement de l'agent constricteur est un temps opératoire dont l'omission est toujours préjudiciable au malade.

Enfin on a dit que l'intestin peut être blessé par l'instrument de l'opérateur pendant le débridement. C'est un accident qui a été bien rarement observé et qu'il me paraît facile d'éviter avec un peu d'attention ; je n'insisterai donc pas sur ce sujet.

Au demeurant, et dans les pages précédentes, je me suis attaché à faire ressortir la nécessité de ce troisième temps opératoire, et je crois avoir démontré

que les hémorrhagies viennent bien rarement le compliquer, et que, d'autre part, la déchirure de l'intestin malade, outre qu'elle est un fait exceptionnel, n'entraîne pas fatalement la mort du malade.

Je puis donc conclure que le troisième temps opératoire, constitué par le débridement de l'agent constricteur, n'entre que pour une part extrêmement faible dans la mortalité de la kélotomie.

CHAPITRE V

Sommaire. — De la Réduction de l'intestin. — Pour les auteurs, la réduction est regardée comme obligatoire. — La réduction est le but ultime de la kélotomie. — Tous les moyens sont mis en œuvre pour obtenir la réduction. — La réduction est une cause fréquente de la persistance des phénomènes de l'étranglement. — La réduction est une cause fréquente de péritonite. — La réduction est une cause fréquente de l'épanchement des matières intestinales dans le ventre. — La réduction est une manœuvre antiphysiologique. — La réduction est la cause pour ainsi dire unique des nombreux insuccès de la kélotomie.

La réduction de l'anse intestinale dans l'abdomen constitue le quatrième temps opératoire de la kélotomie.

On a vu, dans les pages précédentes, que divers auteurs ont pu s'abstenir de pratiquer les autres temps de l'opération, ont même érigé leur manière de faire en doctrine, et n'ont pas manqué de fournir à l'appui des raisons sinon bonnes, du moins nombreuses.

C'est ainsi que, par le procédé de M. Seutin, on déchire à l'aide du doigt l'élément constricteur sans inciser les enveloppes herniaires; M. Guérin a proposé de faire le débridement par la méthode sous-cutanée; par le procédé dit de J.-L. Petit, on respecte le sac; Franco essayait de réduire avant de débrider; d'autres ont repoussé le débridement pour la dilatation, etc..... Mais, si les trois premiers temps de la herniotomie ont été mis en question à diverses époques, il n'en est pas de même du dernier, c'est-à-dire de celui qui consiste à replacer dans l'abdomen l'intestin hernié. En effet, l'accord est unanime : la réduction de l'intestin, c'est le but ultime, la fin dernière de l'opération; il semble même que, pour la plus grande généralité des opérateurs et des écrivains, le débridement ait bien moins en vue la levée de l'étranglement que la création d'une ouverture assez large pour replacer dans la cavité péritonéale les intestins herniés. Et je ne veux, pour preuve de ce fait assez singulier, que la définition de cette opération donnée dans un livre classique par excellence[1] et répétée un peu partout, dans les traités de médecine opératoire, les thèses, les mémoires, les recueils scientifiques : « L'opéra-
» tion de la hernie étranglée consiste à détruire, à
» l'aide d'une incision, le lien constricteur qui s'op-

[1] *Éléments de pathologie chirurgicale*, par A. Nélaton, t. IV, p. 263; Paris, 1857.

» pose à la rentrée de l'intestin dans la cavité abdo-
» minale, et à repousser dans le ventre les viscères
» qui constituent la hernie.» Et faisons remarquer en passant que, si l'on tirait de cette définition les inductions naturelles, ce serait l'irréductibilité de l'anse intestinale qui constituerait l'étranglement.

Quoi qu'il en soit, la réduction de l'anse intestinale devenait le fait capital de l'opération et était acceptée comme telle par tous les auteurs : elle l'était pour Franco, pour A. Paré, pour Covillard, pour Pigray surtout. Dans son célèbre Mémoire[1], Louis avait dit : « La dilatation n'est recommandée, en gé-
» néral, dans l'opération de la hernie, que pour faci-
» liter la réduction des parties étranglées. »

Scarpa écrivait : « Après l'ouverture du sac her-
» niaire, on n'a point encore rempli l'objet principal
» de l'opération, qui est de faire cesser l'étranglement
» d'une manière prompte et sûre, *et de replacer les*
» *viscères dans le ventre.* »

Richter en donnait les raisons : « Aussitôt que la
» cause de l'étranglement est détruite, il faut réduire
» les parties contenues dans la hernie. Plus les parties
» enflammées restent de temps exposées au contact
» de l'air, plus il y a de danger à redouter[2]. » Et plus loin :

« Car, laisse-t-on les intestins dans la hernie

[1] *Mémoires de l'Académie de chirurgie,* t. III.

[2] Richter, *Traité des hernies*. Traduction de Rougemont, Bonn, 1788.

» exposés au contact de l'air et des pièces d'appareil,
» c'est-à-dire expose-t-on les intestins très-enflammés
» à une irritation continuelle, ils se grangréneront
» certainement. Si on les repousse, au contraire,
» sans aucun délai, dans la cavité du bas-ventre,
» leur place naturelle, où il n'existe aucune irritation,
» dont la chaleur et l'humidité sont la fomentation
» la plus salutaire, on a tout lieu d'espérer que l'in-
» flammation se terminera par résolution, parce que
» sa cause mécanique est détruite. »

Pott ajoutait que, si on ne réduisait pas l'intestin, non-seulement la plaie serait très-douloureuse, mais encore qu'on verrait à chaque effort, à chaque mouvement fait sans précaution, sortir de nouvelles portions d'intestin.

Tous les auteurs ont reproduit ces explications, sans autrement se préoccuper de chercher de nouvelles raisons pour démontrer que la réduction de l'intestin après le débridement est de nécessité première. Mais cette nécessité était acceptée par tout le monde, et on considérait l'abandon de l'anse intestinale au dehors comme devant avoir pour l'opéré des suites irrévocablement fatales.

Comme conséquence de cette doctrine, tout devait être fait pour obtenir la réduction, et, d'observation, tout a été mis en œuvre, en effet.

C'est ainsi que, pour pouvoir réduire après un premier débridement, et comme la réduction restait difficile, on a eu recours à de nouveaux débridements,

bien que l'étranglement fût manifestement levé ; ainsi que, pour pouvoir réduire, on a pu proposer et mettre à exécution la ponction de l'anse intestinale, afin de donner issue aux matières solides, liquides ou gazeuses, qui étaient contenues dans son intérieur[1]; ainsi que, pour pouvoir réduire, on a pu multiplier les tentatives de taxis jusqu'à ce que l'intestin se rupturât dans les mains de l'opérateur[2]; ainsi que, dans ce même but, on s'est livré à des dissections minutieuses, afin de débarrasser les anses intestinales des adhérences formées avec le sac. Je rappelle qu'Arnaud a inventé un instrument pour remplir cet office.

Mais vraiment on a été bien plus loin dans la voie que je signale : on a pu conseiller, Richter, Scarpa, Lawrence, Velpeau et bien d'autres, de réduire un intestin malade, je ne dis pas seulement enflammé, livide ou presque froid, mais manifestement gangréné par places et même perforé. Chose plus extraordinaire sans doute, on a vu cette pratique donner un certain nombre de succès dont la relation, je n'en doute pas, a dû exercer une néfaste influence sur le sort d'un grand nombre d'opérés.

Et qui n'a lu le fait si connu de J.-L. Petit, que je rapporte tout au long dans les observations qui

[1] Observation IV. Huguier, *Gazette des hôpitaux*. 1858.
[2] Observation V. Dumaret, Thèse de Paris, 1836.

accompagnent cette thèse? Il s'agissait d'une hernie volumineuse; l'intestin était sain, sans adhérences; le débridement fait, la réduction demeurait impossible. Tellement grandes étaient les craintes inspirées par l'abandon de l'intestin hernié dans la plaie, que les chirurgiens qui assistaient l'opérateur lui conseillèrent formellement d'emporter tout le paquet intestinal à l'aide du bistouri, et de créer de toute pièce un anus anormal. J.-L. Petit s'en garda, laissa l'intestin dans la plaie, et le malade guérit rapidement et de son étranglement et de sa hernie.

Pour pouvoir réduire alors que l'intestin était largement sphacélé, Rhamdor a pu conseiller de retrancher la partie sphacélée, d'engager la portion supérieure de l'intestin dans l'inférieure, après avoir préalablement placé un cylindre de carte dans le premier; et on a pu voir le grand Boyer, malgré sa prudence proverbiale, pratiquer cette opération.

C'est toujours dans ce but de réduction qu'on a pu conseiller de suturer les petites perforations par gangrène ou celles que produit le bistouri de l'opérateur.

Enfin la crainte de ne pouvoir pas réduire a conduit un éminent chirurgien à des errements plus étranges encore: « Il est une cause d'irréductibilité » très-fâcheuse, dit Vidal (de Cassis): c'est un grand » ballonnement du ventre. Que faire dans un cas sem- » blable? Si l'on opérait, on ne parviendrait pas à » réduire et à contenir la hernie. *Quand on recon-*

» *naît cet état, il ne faut pas opérer.* » Abstention fatale, qui équivaut pour le malade à un arrêt de mort.

Je m'arrête ici, car je trouve dans les faits précédents la preuve de l'importance extrême attachée par tous les chirurgiens à la réduction de l'intestin dans l'abdomen, et aussi la démonstration que, pour les chirurgiens, ce temps opératoire est le but ultime, la fin dernière de la herniotomie [1].

Nous rechercherons plus tard si sa nécessité est bien démontrée, si son utilité est bien incontestable; mais, suivant le plan général que nous nous sommes tracé, nous allons montrer l'influence de ce quatrième temps, la réduction de l'anse intestinale, sur les résultats généraux de l'opération.

En prenant les chiffres dans leur résultat brut, j'ai fait voir que 52 opérés sur 100 meurent après l'opération de la hernie étranglée, 48 sur 100 reviennent à la santé, c'est-à-dire qu'après la réduction de l'anse herniée le cours des selles se rétablit, les nausées, les vomissements disparaissent, la fièvre

[1] Pour faire un exposé complet de la question, nous devrions rapporter les cas où l'impossibilité de la réduction met la règle en défaut, adhérences, gangrène, et les conseils donnés sur la conduite à tenir en pareille occurrence; mais nous y reviendrons. Pour le moment, nous n'avions à cœur qu'une seule chose: démontrer l'unanimité de l'opinion des auteurs sur la nécessité absolue de la réduction.

tombe, la plaie se ferme et le malade peut être considéré comme guéri [1].

Mais les choses sont loin de se passer avec cette simplicité dans tous les cas, et je parle, bien entendu, des cas de guérison. Il n'est pas rare, en effet, de voir, après la réduction de l'anse herniée, le cours des selles tarder longtemps à se rétablir, les vomissements persister, la douleur abdominale s'accroître, les symptômes généraux prendre une intensité plus grande: c'est un commencement de péritonite; et cependant, sous l'influence d'un traitement approprié, les accidents diminuent peu à peu et la guérison arrive [2].

Nous verrons plus loin que ce résultat favorable n'est pas toujours atteint.

Chez quelques malades, le cours des selles tarde plus ou moins longtemps à se rétablir, vingt-quatre, quarante-huit et même soixante-douze heures. Pendant ce temps les accidents persistent, et l'on comprend toute l'anxiété de l'opérateur; finalement, le malade va à la garde-robe et la guérison est assurée. D'autres fois le malade a été à la garde-robe, les symptômes graves ont disparu; mais voilà que, du troisième au sixième et même au huitième jour, la plaie qui fournissait de la sérosité purulente laisse passer entre ses lèvres des gaz fétides et des matières fécaloïdes : c'est une fistule stercorale. Grâce aux

[1] Observation VI.
[2] Observation VII.

adhérences formées, il ne s'est point fait d'épanchement dans l'abdomen, et le malade guérit un peu plus tard, en conservant ou non sa fistule.

Enfin d'autres opérés, considérés comme complétement guéris, ont repris leurs occupations habituelles; mais ils conservent certaines difficultés dans les digestions, les garde-robes sont difficiles, les malaises reviennent de temps en temps, et, finalement, le malade est enlevé au bout de plusieurs mois par une péritonite chronique ou suraiguë. Ces accidents sont dus au rétrécissement que l'étranglement a fait subir à l'intestin, aux ulcérations qui se produisent, aux corps étrangers qui s'arrêtent à ce niveau, ou bien encore aux perforations qui peuvent brusquement survenir.

Ainsi, même sur le nombre relativement très-restreint d'opérés qui survivent à l'opération, la plupart n'obtiennent la guérison qu'après avoir couru les plus graves dangers, et pour quelques-uns cette guérison n'est que temporaire; la mort arrive au bout de quelques mois.

Quoi qu'il en soit, 52 opérés sur 100 succombent après l'opération, et dans un temps assez limité pour qu'on puisse ajouter «aux suites de l'opération.»

J'ai montré, dans le cours de cette étude, quelle part tout à fait insignifiante prennent à ce fatal résultat l'incision des enveloppes herniaires, l'ouverture du sac, le débridement de l'agent constricteur. *A priori,* on pourrait déjà conclure que la réduction

de l'intestin est justiciable de ces insuccès; mais j'espère le démontrer d'une façon bien autrement péremptoire par l'étude impartiale des faits.

On peut ranger sous trois chefs principaux les accidents qui précèdent, accompagnent ou suivent la réduction, ou du moins les tentatives de réduction des viscères herniés : la persistance de l'étranglement, la péritonite, la rupture de l'intestin et l'épanchement stercoral intra-abdominal. Je me hâte d'ajouter que la péritonite, que je range dans la deuxième classe, est le lien commun qui les réunit toutes, car l'épanchement intra-abdominal et la persistance de l'étranglement ont pour ultimes conséquences le développement de la péritonite, et rien n'est plus rare que d'observer des malades succombant à la dépression nerveuse pure résultant de l'étranglement, sans complication de l'élément inflammatoire. Mais, en établissant cette division, j'ai en vue la cause bien plutôt que l'effet, et nous allons voir que cette cause est elle-même sous la dépendance immédiate de la réduction.

La persistance de l'étranglement peut être rapportée à des causes diverses. Je signalerai d'abord les cas où le chirurgien fait la réduction dans l'épaisseur même des parois abdominales. Cet accident a surtout été noté pour les hernies inguinales étranglées. On sait que, presque dans tous les cas, et quelque étendue qu'on ait donnée d'ailleurs au débridement, la réduction des viscères herniés exige des

efforts de taxis assez grands et assez prolongés. Sous l'influence de ces pressions, il arrive que l'anse intestinale franchit avec une facilité assez grande l'orifice externe du canal inguinal et le trajet du canal lui-même. Mais, soit que l'étranglement siége au niveau de l'orifice interne, soit pour tout autre motif, c'est à ce niveau que la résistance est le plus vive, et, comme conséquence des efforts plus grands que nécessitait cette résistance pour être vaincue, on a vu maintes fois le péritoine se décoller du *fascia transversalis,* et une cavité accidentelle se former ainsi dans l'épaisseur même des parois abdominales. C'est dans cette cavité que les viscères herniés venaient se loger. L'opérateur, ne pouvant en circonscrire les parois avec son doigt, croyait avoir réduit ; mais, le collet du sac continuant à étrangler les viscères, les phénomènes d'étranglement persistaient, le malade mourait, et la nécropsie faisait constater cet accident inattendu [1].

Cette conséquence des efforts nécessités par la réduction méritait d'être signalée malgré sa rareté relative, précisément à cause de son immense gravité. Trompé par cette réduction incomplète, trompé par l'exploration à l'aide du doigt, le chirurgien verra les plus graves accidents se produire, et rien ne l'au-

[1] Velpeau, art. *Hernie inguinale* du *Dictionnaire en* 30 *vol.*, p. 502. — Ramond, thèse de Paris, 1862. Observation XXII. — Richet, *Traité pratique d'anatomie,* Paris, 1866, p. 636. — Observation VIII.

torisera, dans l'examen attentif des parties, à intervenir activement.

Lorsque les hernies très-volumineuses existent depuis longtemps et ne sont pas habituellement contenues, on voit apparaître un phénomène d'ailleurs assez naturel : c'est la diminution de capacité de la cavité abdominale. On dit alors que la hernie a perdu son droit de domicile dans le ventre.

Or, lorsque ces hernies s'étranglent, on a vu des opérateurs, et les exemples n'en sont point rares, s'efforcer de repousser les viscères dans la cavité ventrale, et effectivement, après des efforts très-soutenus, de larges débridements, ils y sont parvenus[1].

C'est encore là une cause de persistance des phénomènes de l'étranglement; et, en effet, les malades sur lesquels on a réussi à maintenir la réduction sont morts dans un intervalle de temps fort limité.

Ainsi, dans l'observation d'un malade opéré par Sanson, l'intestin hernié formait plusieurs portions agglomérées, une sorte de masse irrégulière, multilobée, réunie par des adhérences intimes. Les parois intestinales étaient confondues. D'après l'estimation de l'observateur, si l'on eût déroulé l'intestin, il se fût étendu sur une longueur de deux pieds, et, en outre, la hernie se composait de trois pieds d'intestin à l'état normal. Le débridement de cette hernie

[1] Richter, *Traité des hernies*. Bonn, 1788, p. 140. — Sanson, *Lancette française*, 1830, etc.

scrotale fut fait en haut et en dehors, mais on ne put réduire. On voudrait détruire quelques-unes des adhérences ; elles sont trop fortes et trop anciennes. On agrandit alors le débridement toujours dans le même sens, et les intestins sont refoulés, non sans difficulté dans la cavité abdominale. La hernie est réduite en totalité, mais la péritonite suraiguë amène la mort quarante-huit heures après l'opération [1].

Sur les grosses hernies, on n'a pas besoin d'expliquer comment les choses se passent. Il est bien évident que, le contenant étant trop étroit pour le contenu, les pressions que supporte ce dernier font disparaître son calibre, et que les mouvements péristaltiques ne sauraient s'exécuter; d'où persistance de la constipation. D'autre part, les efforts de taxis si répétés, si violents, ne contribuent pas peu à activer la phlogose dont les anses intestinales sont le siége, et la péritonite apparaît avec une rapidité réellement foudroyante.

Mais qu'on se garde de croire que la réduction de l'intestin n'agisse de la façon que je viens de dire que pour les volumineuses hernies seulement. Il faut se rappeler que l'on observe aussi la persistance des phénomènes de l'étranglement après la réduction des plus petites hernies, sans que, dans ces derniers cas, on trouve à l'autopsie des lésions consti-

[1] Sanson, *Lancette française*, 1830.

tuées qui puissent expliquer cette persistance et cette aggravation des symptômes.

Dans un remarquable travail inséré dans les *Archives,* M. Tessier a cherché à démontrer que la paralysie du bout supérieur de l'intestin, provoquée par l'étranglement lui-même, suffit à expliquer pourquoi le cours des matières fécales ne se rétablit pas. Mais, en réalité, cette cause agissant seule, nous paraît tout à fait insuffisante pour amener ce résultant, et la preuve en est que, dans les observations[1], on verra un assez grand nombre d'exemples où l'intestin sphacélé, mais non interrompu dans sa continuité, a servi pendant plusieurs jours au passage des matières fécales. Or, dans ces cas, la paralysie était manifeste.

Certes, les contractions péristaltiques et antipéristaltiques ne sont pas inutiles et contribuent évidemment pour une grande part à la progression des matières fécales dans le tube intestinal; mais, lorsque la paralysie ne les a fait disparaître que sur un point limité, il y a le *vis à tergo* qui suffit à l'office de la progression, et les selles se rétablissent.

Mais un autre élément survient, dans le cas signalé par M. Tessier, qui annihile l'effet du *vis à tergo:* c'est la compression de l'anse intestinale par le paquet viscéral, par les parois abdominales. Toute hernie

[1] Observations XXXII, XXXIII, XXXIV, XXXVII, XXXVIII, XXXIX, XL.

étranglée s'accompagne plus ou moins de météorisme, on le sait; l'effet produit par ce météorisme est de rendre le contenu de l'abdomen trop grand pour le contenant, c'est-à-dire pour la cavité formée par les parois abdominales; d'où agrandissement des diamètres de cette cavité, effort des masses musculaires qui réagissent contre cette expansion, et compression du paquet intestinal. Lorsque les fibres musculaires de l'anse étranglée ne sont pas frappées de paralysie, elles surmontent cette gêne, cette compression; le cours des selles se rétablit. Dans le cas contraire, la compression agit activement sur des membranes qui ne peuvent pas réagir, les tuniques intestinales s'appliquent l'une contre l'autre, et cette sorte d'interruption du tube intestinal, par le double effet de la paralysie et de la compression, a pour effet et conséquence la persistance de la constipation.

Ajoutons encore qu'il est des cas où la réduction de l'anse intestinale herniée dans l'abdomen va tout à fait à l'encontre de l'indication que l'opérateur se propose de remplir : c'est lorsque la hernie, petite ou grosse, n'a pas été réduite depuis longtemps, soit à cause de la négligence du malade, soit à cause de la présence d'adhérences. L'état normal pour ces hernies, c'est d'être au dehors; le cours des matières fécales semble trouver dans leur sortie habituelle une condition de sa persistance. Lorsque l'opérateur a réduit, il n'en est plus ainsi : il a changé les rapports habituels de l'anse intestinale, la direction ordinaire du canal

intestinal, les conditions de pression dans lesquelles se trouvait habituellement la partie herniée, et cela suffit pour expliquer la persistance du phénomène de l'étranglement.

Du reste, cet accident n'avait point échappé aux observateurs, et Petit le fils a dit « que, les parties » herniées étant depuis plusieurs années accoutumées » à une certaine situation, il est possible que quel- » quefois le changement de cette situation gêne les » parties adhérentes, y cause des replis et des tirail- » lements. C'est là la vraie cause pourquoi les matières » fécales n'ont pas toujours un cours libre après la » réduction des anciennes hernies, et pourquoi on a » vu des malades qui ne pouvaient aller à la selle » que quand l'intestin était hors du ventre[1]. »

Ainsi, météorisme, pression exagérée des parois abdominales sur le paquet intestinal, déviation de la direction habituelle du canal intestinal : telles sont les causes qui, associées ou prises séparément, ou bien encore réunies à la paralysie du bout supérieur, me paraissent exercer une grande influence sur la persistance des phénomènes de l'étranglement. Cet accident, provoqué par ces dernières causes, n'est pas toujours mortel : la constipation et les accidents persistent vingt-quatre, trente-six, quarante-huit heures même, puis les selles ont lieu, les symptômes

[1] *Mémoires de l'Académie de chirurgie,* huit volumes, t. IV, p. 193.

diminuent d'intensité, disparaissent, et le malade revient à la santé. Mais c'est là une trop rare exception. Bien plus fréquemment, en effet, les selles ne se rétablissent pas, les vomissements augmentent de fréquence, les symptômes généraux s'accusent davantage et la péritonite emporte le malade.

Il n'en reste pas moins acquis que cette compression de l'anse herniée, cette déviation de sa situation habituelle, et, par contre, la persistance des phénomènes qui caractérisent l'étranglement, sont le résultat direct de la réduction de l'intestin.

Pour en finir avec la paralysie des tuniques intestinales, il me reste à faire remarquer qu'elle existe plus ou moins complétement dans la péritonite qui éclate si souvent après l'opération; mais elle constitue alors un phénomène secondaire, qui explique pourquoi le cours des selles ne se rétablit pas, et je me contenterai de cette simple notion.

Enfin la persistance du phénomène de l'étranglement peut encore être le résultat d'un rétrécissement considérable du canal intestinal et même de son oblitération complète; elle peut encore reconnaître pour cause l'existence de brides membraneuses qui continuent à étreindre l'intestin quoiqu'il soit réduit.

Le rétrécissement et l'oblitération de l'intestin, signalés dans un nombre relativement assez considérable d'observations, amènent la persistance des accidents de l'étranglement. Mais, si l'on ne peut rapporter directement à la réduction de l'anse intes-

tinale la persistance des symptômes de l'étranglement, une part importante de la responsabilité des accidents qui vont suivre revient à cette méthode opératoire. En effet, la réduction intestinale, en soustrayant l'anse herniée à l'examen du chirurgien, rend impossibles les manœuvres chirurgicales que pareille complication nécessite, savoir : la formation d'un anus anormal.

Je dis impossible, car il n'est pas un chirurgien qui soit assez osé, dans son ignorance absolue de la cause qui fait persister l'étranglement, pour pénétrer dans la cavité péritonéale, aller à la recherche de l'anse intestinale réduite, l'attirer au dehors, et exposer le malade aux hasards d'une péritonite inévitable. Je reviendrai d'ailleurs sur ce sujet, dont l'importance est capitale.

La péritonite sans épanchement stercoral dans le péritoine est une des suites les plus fréquentes de la kélotomie. J'ai fait voir plus haut que, même dans le nombre de ceux qui survivaient à l'opération, il en était fort peu qui n'aient pas présenté après la réduction des symptômes bien accusés de péritonite commençante [1]. Chez ces derniers, elle est heureusement arrêtée dès le début ; mais, dans une proportion considérable de cas, le mal poursuit sa marche et devient rapidement funeste. C'est un fait d'une notoriété telle qu'on me dispensera d'en fournir les preuves à l'appui [2]; seulement je rechercherai le mode suivant

[1] Observation VII. — [2] Observation X, XI, XII, XIII.

lequel se développe le processus inflammatoire, et cette recherche jettera, je le pense, une vive lumière sur l'une des conséquences les plus funestes de la réduction.

Le fait qui joue un rôle capital dans la pathogénie de la péritonite des opérés de hernie étranglée, c'est à coup sûr la réduction dans le ventre d'un intestin enflammé.

Il est certain que, dans des circonstances nombreuses, les accidents ne sont point survenus; la congestion très-vive de l'anse intestinale, les exsudats plastiques ont sans doute disparu, et les malades ont guéri. Mais ces exceptions ne prouvent qu'une chose : c'est qu'en pathologie on ne saurait absolument compter sur les lois paraissant le mieux déduites de l'observation des faits.

Cette fréquence de la péritonite après la réduction d'un intestin enflammé a frappé bien des observateurs.

Déjà M. Tessier, dans un Mémoire, signalait comme une cause de péritonite la réduction des parties violemment étranglées. « Il est vrai, dit-il, que l'hu-
» midité péritonéale est le meilleur topique, l'émol-
» lient le plus favorable à prévenir ou à combattre
» l'inflammation, le ramollissement et la perforation
» d'un intestin gorgé de sang, pour ainsi dire as-
» phyxié. Mais, d'autre part, ne peut-on pas ad-
» mettre qu'un intestin qui a subi de très-notables
» altérations dans ses qualités normales, non-seule-

» ment enflammera la séreuse avec laquelle il est en » contact, mais encore agira comme un corps étranger » introduit dans la cavité péritonéale [1] ?»

Ollivier [2] l'avait également noté; et pour combattre ce qu'il considérait bien, lui aussi, comme une des plus fatales conséquences de la réduction, il avait proposé de faire l'opération de la hernie étranglée en deux temps, c'est-à-dire de ne procéder à la réduction de l'intestin que quelques heures après avoir débridé : il supposait que les produits inflammatoires auraient durant cet intervalle le temps de se résorber, et qu'il conjurerait par ce fait même l'invasion de la péritonite.

Enfin le docteur Fontan, dans sa thèse inaugurale [3], fournit un ensemble de faits tout à fait probants au point de vue du rôle joué par la réduction d'un intestin enflammé dans le développement de la péritonite. Je ne saurais mieux faire que de le citer textuellement:

« D'une manière générale, on peut dire que les » malades meurent de péritonite provoquée presque » toujours, non par la plaie du sac, mais par l'anse » qu'on a réduite, anse enflammée, plus ou moins » profondément altérée et incapable de reprendre ses » fonctions.

[1] *Bulletins de la Société anatomique*, 1834.

[2] *Dictionnaire* en 15 vol., art. *Hernie*.

[3] Fontan, Thèse de Montpellier, 1868.

» Dans l'immense majorité des cas, la péritonite » reconnaît pour cause une péritonite existant déjà » sur la séreuse viscérale. L'anse enflammée me paraît » ici jouer le rôle d'un foyer d'excitation qui, trans- » mise au plexus solaire, se réfléchit sur les nerfs » péritonéaux et détermine ainsi une péritonite plus » ou moins étendue [1].

» Si vous examinez attentivement un opéré chez » qui se déclare une péritonite, vous verrez toujours » le malade accuser au début une douleur vive et per- » manente en un point quelconque de la cavité abdo- » minale.

» Ce point douloureux correspond dans le ventre au » foyer de la péritonite. C'est là que se trouve l'anse » réduite. Si, comme a eu l'heureuse idée de le faire » M. Gayet, vous marquez pendant la vie ce point » sur la peau avec un crayon de nitrate d'argent, il » est bien rare qu'à l'autopsie vous ne trouviez pas la » confirmation de ce que j'avance, à moins que l'anse » ne se soit déplacée. Mais, lorsque la marche de la » péritonite est rapide, les fausses membranes se pro- » duisent plus vite, l'anse malade s'agglutine aux » anses voisines, les mouvements péristaltiques et an- » tipéristaltiques sont presque abolis, les circonvolu- » tions sont très-distendues par les gaz, et alors tout » déplacement est rendu très-difficile. Dans ces cas, » vous trouvez autour de l'intestin réduit un foyer

[1] Fontan, Thèse de Montpellier, 1868, p. 39.

» de péritonite plus ou moins étendu. On ne voit le » plus souvent qu'un groupe de circonvolutions accol- » lées et réunies par des produits pseudo-membraneux » et puriformes. Quant au péritoine pariétal et surtout » à celui qui avoisine la plaie du sac, il est intact ; je » dis plus, il présente parfois les traces évidentes d'un » travail réparateur déjà avancé [1].»

Et l'auteur cite sept observations à l'appui de son dire.

Certes, je ne surprendrai personne en disant qu'un intestin étranglé est toujours enflammé. L'entéro-péritonite herniaire est une des premières conséquences de l'étranglement ; elle peut être plus ou moins intense, mais en aucun cas son existence ne saurait être mise en doute. L'inflammation est un fait connexe avec l'étranglement ; elle en fait pour ainsi dire partie constituante ; elle augmente le degré de constriction et gêne d'autant la réduction. C'est cette inflammation herniaire qui se traduit dans une période très-courte par de la congestion, qui tient alors tout autant à la gêne du sang veineux qu'à la phlegmasie commençante. Puis la séreuse perd son poli, la rougeur fait place à une coloration noirâtre ; de la sérosité limpide d'abord, puis blanchâtre, s'amasse dans le sac, ou bien des adhérences se forment : c'est à ce moment que se produisent, dans l'épaisseur des tuniques intestinales, l'épanchement des

[1] Fontan, Thèse de Montpellier, 1868, p. 52.

produits plastiques, la tuméfaction, l'augmentation de volume de l'intestin hernié, etc.

Enfin c'est encore l'inflammation qui, après avoir modifié successivement la vitalité de l'anse intestinale en combinant son action à celle de l'agent d'étranglement, amène les changements de consistance, les éraillures, les solutions de continuité, etc., et finalement la gangrène complète.

C'est dans ces conditions que l'opérateur, après avoir débridé, réduit dans le ventre l'intestin étranglé. Ai-je besoin d'insister pour montrer combien semblable conduite est contraire à tout ce que nous savons de la susceptibilité du péritoine?

D'ailleurs, si l'on faisait difficulté de m'accorder que l'intestin soit toujours enflammé, je ferais remarquer que ce résultat serait presque fatalement amené par la manœuvre que nécessite la réduction.

C'est une grave et profonde erreur de penser que, le débridement une fois fait, l'intestin rentre pour ainsi dire de lui-même et n'a besoin que d'être dirigé par l'opérateur. Non, dans presque tous les cas qu'il m'a été donné d'observer, j'ai vu que cette manœuvre avait nécessité des efforts longuement continués et quelquefois très-considérables.

Et, d'accord avec l'observation, le raisonnement prouve qu'il ne saurait en être autrement.

Tout d'abord il est une cause qui rend difficile la réduction et sur laquelle les auteurs ont fort peu appelé l'attention : c'est la sécrétion gazeuse qui se

fait dans toute la partie de l'intestin située au-dessus de l'étranglement. Elle ne manque jamais, et un auteur a voulu la faire servir au diagnostic du siége de l'étranglement. J'ai déjà dit que ce météorisme a pour premier résultat de distendre la cavité abdominale au delà de sa capacité normale. Il est bien évident que, dès lors, le paquet intestinal est à l'étroit dans le ventre; en termes plus exprès, que le contenant est trop étroit pour le contenu. C'est dans ces conditions défavorables que l'opérateur essaye de réduire, c'est-à-dire d'ajouter encore au volume déjà trop considérable de la masse intestinale contenue dans l'abdomen.

On comprend bien qu'il lui faudra vaincre, pour atteindre ce résultat, l'élasticité des parois abdominales, portées déjà à leur summum de tension ; il ne le pourra faire qu'en déployant beaucoup de force dans les pressions, et je fais immédiatement remarquer que ces pressions, qui devront être et qui sont en effet si longues, si énergiques, portent sur une anse intestinale, organe fragile par excellence à l'état normal; sur une anse intéstinale, dis-je, déjà malade, enflammée et prédisposée à la gangrène.

D'autre part, on n'a pas assez remarqué que, si le débridement du collet ou de l'anneau, aux yeux d'un grand nombre d'opérateurs, a pour but de faciliter la réduction de l'intestin hernié, il ne répond que très-imparfaitement à son but. Le peu d'étendue qu'on lui donne aboutit simplement à lever la con-

striction dont le pédicule de l'intestin est le siége. Mais qu'on remarque que ce pédicule est précisément la partie la plus étroite de l'anse intestinale. A ce niveau, en effet, le calibre de l'intestin est effacé, et l'épaisseur des tuniques intestinales ne saurait s'accroître, maintenues qu'elles sont par l'agent constricteur.

Mais il n'en est pas ainsi de la portion d'anse intestinale qui occupe le fond du sac. Celle-là, sous l'influence de la congestion passive qui résulte de la gêne apportée au retour du sang veineux, ou bien encore sous l'influence plus décisive de la congestion active ou dynamique, c'est-à-dire de l'élément inflammatoire, a pris un volume double de celui qu'elle avait normalement. Il me suffit de rappeler, en effet, que l'on a trouvé la muqueuse boursoufflée, épaissie par infiltration de sérosité ou de sang ; la tunique cellulaire, au niveau du corps de l'anse étranglée, a également présenté ces infiltrations de sang et de sérosité ; on y a trouvé encore, à l'état d'infiltration, une substance friable, blanc jaunâtre, qui paraît répondre à ce que l'on désigne d'ordinaire sous le nom d'infiltration plastique. L'exsudation de produits divers qui se fait dans la tunique celluleuse entre pour beaucoup dans l'augmentation d'épaisseur des parois de l'intestin.

Eh bien ! sans parler du contenu de l'anse qui s'écoule par le bout inférieur ou supérieur une fois la constriction levée, on peut voir par là tout ce qu'ont

d'irrationel les efforts de réduction. Ils ne tendent à rien moins qu'à faire passer par un orifice trop étroit un intestin d'un volume supérieur, et, comme cette ouverture est douée d'une certaine élasticité, le plus généralement le but est atteint, mais non sans grave dommage pour l'anse réduite et pour le malade. Il est hors de doute, en effet, que les pressions répétées exercées avec les doigts sur l'anse herniée, les frottements qu'elle doit forcément subir à son passage au niveau du collet, ont pour résultat immédiat d'amener un redoublement de violence dans les phénomènes inflammatoires dont cette anse est le siége. Ce résultat peut être constaté très-facilement, et j'ai vu maintes fois les efforts de réduction se faisant au début sur une anse d'un rouge clair, provoquer bientôt un changement de coloration allant jusqu'au rouge le plus foncé, et même noirâtre ou bleuâtre. J'ai vu des parois qui, au début, présentaient leur élasticité et leur rénitence normales, devenir, sous l'influence des efforts tentés pour réduire, complétement molles, ridées, flasques et dépolies.

Telles sont les conditions déplorables qui président à la réduction et qui expliquent le rôle décisif de cette manœuvre dans le développement de la péritonite.

Ainsi, que l'inflammation de l'intestin hernié dépende de l'étranglement ou des pressions que l'opérateur exerce, il n'est que trop certain qu'elle est constituée lorsque l'anse herniée est réduite dans le ventre.

A ce moment, elle va jouer le rôle d'épine inflammatoire : elle sera pour la séreuse péritonéale un élément d'irritation extrêmement actif, et la péritonite, qui n'existait pas au moment de l'opération, ne tarde pas à éclater.

A la nécropsie, on trouve une rougeur intense, du pus, des fausses membranes au niveau de l'intestin réduit et dans les environs immédiats. On trouve aussi ces lésions inflammatoires à la périphérie, si le malade a succombé à une péritonite généralisée, mais elles sont fort atténuées. Je voulais surtout faire remarquer que les lésions inflammatoires qu'on retrouve après la mort ont leur siége principal au niveau de l'anse réduite, et que leur intensité, plus grande en ce lieu, témoigne hautement que c'est de cette anse réduite, prise comme centre, que la péritonite est née, pour ensuite rayonner et s'étendre sur la cavité abdominale tout entière. C'est un fait qui a été mis hors de doute par M. Fontan dans sa thèse inaugurale.

Mais la réduction est encore, sous un autre point de vue, une cause de péritonite pour les opérés de la hernie étranglée ; et, bien que j'aie déjà précédemment signalé ce nouveau mode d'action, j'y reviens encore une fois, parce que je juge que sa connaissance a une grande importance.

Je disais donc que la réduction a pour effet de faire communiquer la cavité péritonéale avec l'air extérieur, et que c'est là une cause d'accidents

inflammatoires dont on ne saurait tenir trop de compte ; je disais que l'incision du sac, tant que la réduction est encore à faire, n'ouvre que la cavité herniaire et nullement la cavité péritonéale ; je faisais remarquer que l'anse intestinale enserrée par le lien constricteur agit à la manière d'un bouchon véritable, n'empêchant pas seulement les liquides extravasés dans le sac de passer dans le péritoine, mais paraissant même constituer une barrière à la propagation de l'inflammation pendant un temps plus ou moins long. Les faits établissent cette façon d'envisager la question. En effet, on a vu bien souvent la péritonite herniaire naître, se développer et guérir sans que le péritoine ait été atteint, et il n'est pas rare d'observer un étranglement herniaire avec tous ces accidents inflammatoires locaux, remontant à trois, cinq, huit, dix et même quinze jours, mais ne présentant pas les graves symptômes qui caractérisent la péritonite généralisée.

C'est en me basant sur ces considérations et sur ces faits que j'avais cru pouvoir formuler cette proposition, qui semble un peu paradoxale au premier abord : dans la hernie étranglée, la cavité du sac ne fait plus momentanément partie de la cavité péritonéale.

L'anse réduite, toutes les barrières tombent ; la cavité du sac fait de nouveau partie de la cavité abdominale; mais un fait d'une gravité plus grande se produit : le sac étant incisé, la plaie des parois

de l'abdomen, qui, avant la réduction, pouvait être à juste titre considérée comme une plaie non pénétrante de l'abdomen, devient une plaie pénétrante, et plaie pénétrante compliquée, car on ne pourrait sans illusion considérer l'anse réduite comme complétement saine.

On sait la gravité des plaies qui intéressent la membrane séreuse péritonéale; non pas que cette gravité soit essentielle, si je puis dire, et tienne à la nature même du tissu divisé, mais parce que ces plaies exposent une vaste cavité séreuse au contact de l'air atmosphérique, parce qu'elles permettent aux liquides inflammatoires sécrétés à l'extérieur, par la plaie elle-même, de gagner l'intérieur de cette cavité, et par ce double motif favorisent ou plutôt commandent au développement de l'inflammation péritonéale.

Voilà comment la réduction détermine encore, par un autre mode d'action, l'éclosion de la péritonite. On comprend d'ailleurs que ces divers modes, inflammation constituée de l'anse étranglée, inflammation provoquée par les pressions, plaie pénétrante de l'abdomen, agissent rarement en particulier. Ils s'associent les uns aux autres, ils mettent en commun leurs mutuelles influences, et ils agissent avec d'autant plus d'intensité.

Mais je tenais essentiellement à établir ce fait, que la réduction est le lien commun qui les réunit, la cause première qui les produit de toute pièce, et sans laquelle ils n'existeraient pas.

Je n'ai jusqu'ici fait mention que de la péritonite aiguë ; mais les mêmes causes, diminuées dans leur intensité sans doute, peuvent aussi favoriser le développement d'une péritonite chronique, à laquelle l'opéré finit tôt ou tard par succomber[1].

Dans des circonstances encore assez fréquemment observées, il arrive que l'opérateur, jugeant l'anse intestinale en parfait état, ou bien constatant des lésions qui ne lui paraissent pas assez graves pour contre-indiquer la réduction, a repoussé l'anse intestinale dans l'abdomen.

Les premiers jours qui ont suivi l'opération ont amené un amendement notable dans l'état de l'opéré : il a été à la garde-robe, le météorisme est tombé, les vomissements n'ont plus reparu, etc. Mais le deuxième ou troisième, quelquefois du cinquième au onzième jour, on s'apercoit que les pièces de pansement sont imbibées d'un liquide non habituel, jaunâtre, fétide, mêlé de parcelles d'aliments. Une perforation s'est faite au niveau de l'anse réduite, et c'est une fistule stercorale.

On sait la gravité de cet accident. Certes, il est des malades qui guérissent ; la perforation, ou plutôt la gangrène qui l'a produite, s'est accompagnée d'une certaine inflammation, des adhérences se sont produites qui sauvegardent la cavité péritonéale du con-

[1] Observation XIII.

tact des matières fécales, et j'ai dit que, dans ces circonstances, le malade pouvait guérir.

Il en est d'autres où, ces adhérences faisant défaut, l'épanchement stercoral, au lieu de se faire à l'extérieur, se fait dans l'abdomen ; la mort est le résultat très-rapide de cet accident. Mais ce n'est pas ici le lieu d'en parler, je vais y revenir.

D'autres fois enfin, les adhérences existent bien ; mais, lorsque les escarres se détachent et que les perforations s'accomplissent, il peut y avoir une réaction inflammatoire qui dépasse les limites ordinaires ; la péritonite générale apparaît et emporte le malade [1].

Je n'insiste pas pour faire remarquer la part prise par la réduction dans cette terminaison.

Les cas nombreux que je viens de passer en revue, et dans lesquels la péritonite peut être considérée comme le résultat de la réduction, mais existe sans épanchement stercoral, sont de beaucoup les plus fréquents de tous. C'est ainsi que succombe l'immense majorité des opérés de hernie étranglée.

Enfin, dans des circonstances heureusement moins fréquentes que celles précédemment signalées, la réduction provoque des effets plus palpables encore et plus irrévocablement funestes : je veux parler des cas dans lesquels l'épanchement des matières stercorales dans l'abdomen a été observé.

[1] Observation XIV.

L'épanchement intra-péritonéal des matières fécales est immédiat ou consécutif; je veux dire qu'il se produit pendant la réduction ou plus ou moins de temps après qu'elle a été accomplie.

De simples explorations ont été suffisantes pour amener ce résultat, et les exemples ne sont pas rares où l'on a vu l'opérateur déchirer l'anse intestinale alors que, par une simple pression, il se proposait de juger du degré de l'étranglement ou de la rénitence de l'intestin étranglé.

Une fois la hernie était crurale, elle était petite; c'était une de celles qu'on désigne sous le nom de pincement de l'intestin; on la voyait au fond de l'incision : le chirurgien invita les assistants à la reconnaître, à la toucher; elle disparut tout d'un coup. La malade mourut, et le chirurgien, trouvant à l'autopsie l'intestin déchiré à son sommet, n'eut plus qu'à témoigner ses regrets d'avoir laissé toucher par plusieurs personnes cet appendice, que quelqu'un avait sans doute déchiré en pressant trop fortement avec le doigt [1].

Il est arrivé que l'opérateur, après avoir débridé, et toujours dans le but de réduire, a voulu d'abord s'assurer que l'anse intestinale était bien saine au niveau du pédicule. Pour ce faire, il a exercé une traction sur l'anse elle-même, et les tuniques de celles-ci, ramollies et désorganisées au niveau du lien

[1] Breschet, *Lancette française*, 1832.

constricteur, ont cédé. Dans ces circonstances, des adhérences empêchent quelquefois l'épanchement de se faire, mais il n'est pas rare de l'observer.

Ces tractions sur l'anse herniée et la déchirure qu'elles provoquent n'amènent pas toujours l'épanchement d'une manière primitive, si je puis dire : il arrive que le chirurgien veut réduire la portion d'anse intestinale saine qui reste au dehors, et c'est à ce moment que le décollement des fausses membranes protectrices se fait et que l'épanchement a lieu [1].

Il arrive encore que le chirurgien, impatient de ne pas voir le cours des matières fécales se rétablir, où, comme on dit, la débâcle se faire sous ses yeux, débride de nouveau, mais par la méthode d'Arnaud, c'est-à-dire par l'intérieur de l'intestin, et ouvre ainsi une voie aux matières fécales pour fuser dans le péritoine.

Bien entendu, je laisse de côté, pour n'en jamais plus parler, le procédé Rhamdor, qui est tombé dans le plus profond oubli.

Dans d'autres circonstances, le chirurgien s'efforce de réduire l'anse herniée sans pouvoir y parvenir ; de nouveaux débridements n'amènent pas un meilleur résultat ; cependant il redouble d'efforts, et, sous cette influence, l'anse rougit, se congestionne, passe à la teinte brune dans les doigts mêmes

[1] Observation II.

de l'opérateur, et finalement se crève en laissant échapper son contenu [1].

Ou bien on réduit un intestin que l'on a cru sain ; l'opération se termine, et, au moment où l'intestin est repoussé dans le ventre, des matières fécales sortent par la plaie [2].

Telles sont les diverses circonstances dans lesquelles il a été donné d'observer un épanchement stercoral dans le péritoine, se produisant en même temps que la réduction et bien évidemment provoqué par elle. Sa production est un fait de la plus haute gravité ; la mort du malade en est fatalement la conséquence, et, de plus, il complique singulièrement la position de l'opérateur vis-à-vis des assistants, de la famille du malade et du malade lui-même.

Presque toujours, en effet, le malade s'aperçoit qu'un accident grave vient de se produire, soit à l'émotion subite de ceux qui l'entourent, soit à la douleur soudaine et extrêmement aiguë qui l'envahit quelquefois, soit enfin à une sensation particulière qui paraît être sous la dépendance de la débâcle qui suit la rupture intestinale. « Vous m'avez crevé le boyau », disait un malade au chirurgien qui venait de l'opérer.

Ces accidents immédiats sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le suppose généralement ; on en

[1] Observation V.

[2] Thèses de Paris, 1836, Dumanet.

rencontre de nombreuses observations dans les recueils scientifiques, et, sur un chiffre de quinze opérations, j'ai eu à les noter deux fois.

Mais plus fréquents sont encore les épanchements consécutifs; voici les circonstances dans lesquelles il a été donné de les observer:

Une anse intestinale paraît saine, et, le débridement une fois fait, l'opérateur se met en devoir de réduire. J'ai déjà dit que pour obtenir la réduction il était indispensable, au moins le plus souvent, de dépenser une force assez considérable. Cependant la réduction est obtenue; le malade a une ou deux selles dans la journée ou bien le lendemain. Les symptômes généraux ont perdu toute leur intensité; le malade est satisfait, le médecin compte et paraît être en droit de compter sur une guérison; mais voilà que tout à coup les accidents généraux reparaissent et s'accusent avec une grande intensité. A ce moment, le pansement peut être sali ou non par des matières fécaloïdes. A la nécropsie, on trouve une fissure intestinale, un épanchement très-peu considérable de matières fécales et les lésions caractéristiques d'une péritonite intense[1].

D'autres fois, l'anse était manifestement dans des conditions mauvaises; elle présentait des points blanchâtres et ramollis, point de perforation. Suivant à la lettre le conseil donné par bien des auteurs,

[1] Roux, *Lancette française*, 1830, p. 275.

l'opérateur s'est décidé à réduire ; mais les escarres ne tardent pas à se détacher, et pour les cas, assez nombreux du reste, où des adhérences se forment et s'opposent à l'épanchement, très-souvent elles remplissent imparfaitement ce rôle salutaire ; l'épanchement a lieu et la péritonite emporte le malade. « Je sçai, écrivait Ledran en 1762, à propos des réduc- » tions d'intestins menacés de gangrène, que bien des » malades sont morts parce que les matières sterco- » rales se sont perdues dans le ventre. »

Et je dirai avec Rougemont, le traducteur et le commentateur de Richter :

« Tous ces exemples d'intestins malades et gan- » grénés qu'on a réduits, et où la guérison s'est effec- » tuée, prouvent les grandes ressources de la nature ; » mais il ne faut pas croire que dans ces cas douteux » l'issue soit toujours aussi heureuse. On a une foule » d'exemples où l'intestin noir, brun, rouge foncé, » a été envahi par la gangrène et a fait périr les » malades.

» Il ne faut par oublier, comme l'a dit Richter, » qu'il y a un certain degré d'inflammation qui passe » à la gangrène quoi qu'on fasse. »

Aussi la gangrène totale de l'anse réduite constitue-t-elle un accident qui a été observé un certain nombre de fois.

Scarpa rapporte dans son quatrième Mémoire, § XXIV, une observation de hernie étranglée fort

volumineuse, dans laquelle il y avait plusieurs anses intestinales de sortie : l'une d'elles présentait une crevasse ; le chirurgien s'efforca de faire rentrer les autres ; il y parvint et maintint l'anse malade à l'aide d'un fil près de la plaie abdominale; mais la péritonite emporta le malade, et l'on reconnut à la nécropsie la gangrène de l'anse qui avait été réduite à grand' peine.

On a vu maintes fois tous les efforts échouer devant une anse intestinale, et celle-ci demeurer irréductible. Alors, mettant en pratique un procédé qui a donné, dit-on, quelques rares succès, le chirurgien se décide à ponctionner l'anse intestinale avec un trocart très-fin, se proposant ainsi d'évacuer les matières gazeuses ou liquides qui y sont contenues.

Quelquefois l'intestin a résisté à cette tentative extrême, et le chirurgien a établi sur-le-champ un anus anormal [1].

D'autres fois, au contraire, la ponction intestinale a été suivie d'effet; l'anse intestinale, diminuée de tout son contenu, a pu rentrer dans l'abdomen ; mais la péritonite a brusquement fait périr le malade, et il est permis de supposer que, si l'on n'a pas retrouvé à la nécropsie les traces de l'épanchement stercoral, c'est peut-être à cause de son peu d'abondance.

Les déplorables résultats que je viens de signaler

[1] Observation IV.

étaient faciles à prévoir, si l'on veut faire attention aux conditions diverses dans lesquelles s'exécute la réduction ; et, pour cela, il convient d'étudier successivement l'état de l'anse herniée et de l'anneau constricteur, et aussi celui de la cavité abdominale.

Pour ce qui concerne l'anse herniée, toutes les recherches sont d'accord pour établir ce fait considérable, qu'il est à peu près impossible de reconnaître le début de la perforation ou de la gangrène sur une anse intestinale étranglée. L'odeur, la couleur noirâtre gris cendré, l'insensibilité apparente, le plissement de l'intestin comme un linge mouillé, la perte de poli, etc., sont des signes tout à fait insuffisants pour certifier l'existence de la gangrène, a-t-on dit. La vérité est qu'une anse intestinale peut présenter une coloration rougeâtre, une exaltation de la sensibilité, de la rénitence, de la chaleur, etc., et recéler dans l'épaisseur de ses parois une gangrène inévitable. Un très-grand nombre d'observations mettent cette proposition hors de doute.

Quant aux perforations, elles sont incomplètes ou complètes. Incomplètes, le chirurgien ne pourra pas seulement les soupçonner, car il est établi qu'elles se font d'ordinaire aux extrémités de l'anse, c'est-à-dire au niveau du point resserré ; de plus, qu'elles procèdent de dedans en dehors, de telle sorte que la muqueuse est atteinte la première, la couche musculaire ensuite, et seulement en dernier lieu la séreuse. Rien n'est rare, d'ailleurs, comme les perforations

siégeant sur l'anse elle-même et procédant de l'extérieur à l'intérieur.

Mais les perforations peuvent être complètes; si elles sont petites, elles passeront encore inaperçues, et il n'y a là rien d'extraordinaire, car, pour les trouver après la mort, on est obligé de presser sous l'eau l'intestin fermé par les deux bouts, et on voit alors des bulles de gaz s'en échapper.

Quand les perforations sont plus grandes, ou bien que les escarres sont constituées, on ne saurait songer sérieusement à la réduction; je n'en parlerai donc pas.

Au niveau du point malade existe le collet du sac ou l'anneau débridé, offrant, il est vrai, une ouverture plus large à l'intestin hernié, mais dont les bords sont toujours constitués par du tissu peu extensible, résistant et même tranchant dans quelques circonstances[1].

Enfin, du côté du ventre, une cavité déjà distendue à l'excès par des anses intestinales météorisées par le fait même de l'étranglement, ces anses intestinales et le tissu cellulaire sous-péritonéal congestionnés sous l'influence de la même cause. C'est dans ces conditions que le chirurgien se propose de réduire.

Avant toute chose, et la réduction étant décidée, l'opérateur se livre à l'exploration de l'anse qu'il va

[1] Observation II.

réintégrer de force dans la cavité abdominale. Cette exploration n'est pas sans danger : on a vu dans certaines circonstances l'exploration la plus simple, celle qui se fait en promenant la pulpe du doigt sur l'anse intestinale (il s'agissait d'un pincement de l'intestin) ou bien sur le pédicule, amener la réduction ou la déchirure d'une anse sphacélée, et le malade mourir.

Mais cette première exploration, dangereuse déjà, quoique bien imparfaite, n'est pas suffisante. Avant de réduire, l'opérateur doit être renseigné sur l'état de l'intestin, et, comme d'ordinaire les lésions siégent au niveau du point où a porté la constriction, l'opérateur est obligé, pour voir, de faire une traction sur l'anse herniée et d'en amener une plus grande portion au dehors. Il est évident que dans l'ignorance absolue où l'on est de l'état des tuniques intestinales, cette manœuvre est horriblement dangereuse.

Aussi de nombreuses discussions se sont-elles engagées sur le point de savoir s'il fallait ou non l'accomplir : les uns soutenant qu'il fallait la proscrire, et s'appuyant de nombreuses observations où l'exploration avait, en effet, été fatale aux malades ; les autres plaidant pour son absolue nécessité, et arguant de faits nombreux où l'épanchement stercoral consécutif ou immédiat démontrait que l'examen de l'anse herniée avait été insuffisant.

Ces derniers l'ont emporté, et il ne pouvait en être autrement, car ils avaient à fournir une raison sans

réplique, savoir, que réduire sans examen du pédicule de la hernie, c'était se conduire en aveugle dans une circonstance où le moindre faux pas est mortel pour le malade.

« On attire légèrement l'anse intestinale de façon » à amener au dehors son point de jonction avec le » bout supérieur et avec le bout inférieur. On examine » ces deux points, afin de voir s'il y a une section » ou une perforation à leur niveau », dit M. Gosselin[1].

C'est donc un procédé devenu classique, et la grande majorité des chirurgiens n'a pas d'ailleurs d'autre pratique.

Mais si je reconnais que, pour qui se propose de réduire, il est indispensable d'opérer cette traction sur l'anse herniée, je me hâte de signaler tous les dangers qu'elle fait courir au malade : décollement des adhérences de nouvelle formation entre l'intestin et le péritoine, formation de lésions nouvelles qui n'existaient pas, augmentation de celles déjà existantes, perforation et rupture de l'anse intestinale, et, comme ultime conséquence, l'épanchement stercoral et la mort.

Ainsi, quelque utile que soit cette exploration, on ne saurait s'empêcher de reconnaître qu'elle est contraire aux règles de la plus vulgaire prudence.

Un grand nombre d'auteurs, pour le cas où l'anse intestinale présente une perforation sur un seul point,

[1] *Leçons sur les hernies abdominales.* Paris, 1865, p. 225.

conseillent de réduire la portion saine et de laisser au dehors le point malade. Il n'échappera à personne que cette conduite est bien chanceuse et expose le malade à la mort. Elle ne tend à rien moins qu'à détruire les adhérences formées entre l'intestin et le sac, et à favoriser ainsi l'épanchement stercoral, puisque la perforation constituée ouvre une libre issue aux matières fécaloïdes dans la plaie même résultant de l'opération.

Quant aux ruptures de l'intestin provoquées par les efforts de réduction, et que j'ai plus haut rapportées, j'ai déjà indiqué, à propos de la pathogénie de la péritonite, le mécanisme suivant lequel elles se produisent : d'une part, un intestin malade, pressé avec force contre une ouverture résistante, et repoussé dans une cavité qui manifeste déjà son état de trop-plein par la distension exagérée de ses parois.

C'est à ce même mécanisme qu'il faut demander compte des gangrènes étendues qui frappent toute une anse intestinale réduite ; car, outre que, comme le dit Richter, il est un degré d'inflammation qui passe forcément à la gangrène, les pressions répétées que la main de l'opérateur a fait subir à l'anse herniée pour la réduire, les frottements qu'elle a subis à son passage au niveau du lien constricteur, la compression à laquelle elle est soumise d'une manière permanente dans l'abdomen, peuvent être considérés comme autant de causes réellement déterminantes du sphacèle.

Et, pour le cas où l'on a réduit sans difficulté une anse qu'on a jugée saine, où l'on a vu la péritonite emporter rapidement le malade, et où, enfin, on a trouvé à la nécropsie les signes non équivoques d'un épanchement stercoral, outre que je pourrai encore mettre en avant les causes énumérées précédemment, je ferai remarquer que les lésions d'un intestin étranglé, siégeant surtout dans son intérieur et au niveau du pédicule de la hernie, échappent le plus fréquemment à l'examen du chirurgien.

C'est en tenant compte de ces diverses considérations que nous n'hésiterions pas à formuler comme règle générale et absolue que tout intestin étranglé a perdu momentanément, par le fait de son étranglement, son droit de domicile dans l'abdomen, si nous n'étions encore tenu de considérer la réduction comme une mesure de nécessité première, à laquelle est attaché le salut du malade.

Mais déjà nous pouvons conclure, en résumant ce trop long paragraphe :

Que le quatrième temps opératoire de la kélotomie, constitué par la réduction de l'intestin hernié, est une cause fréquente de mort pour l'opéré, en amenant la persistance de l'étranglement, en favorisant le développement de la péritonite, ou en provoquant l'épanchement stercoral intra-abdominal, soit encore en soustrayant l'anse herniée à l'observation du chirurgien, et par ce fait même en le condamnant à l'inaction ;

Conséquemment, que la réduction est, des temps opératoires qui constituent la kélotomie, celui qui prend une part considérable dans la mortalité de cette opération.

D'autre part, nous avons montré que la réduction met l'opérateur dans la nécessité de faire une exploration dangereuse de l'anse herniée; que, malgré cette exploration et ses dangers, on fait souvent la réduction d'un intestin sur l'état interne duquel il impossible d'avoir des données certaines.

Nous avons montré que cette même réduction tend à faire passer par un orifice très-résistant et trop étroit une anse facilement vulnérable, dont le volume est disproportionné avec le calibre de l'orifice.

Nous avons cité des exemples où les seuls efforts nécessités par la réduction avaient suffi pour amener la lividité, le ramollissement, et finalement la rupture de l'anse intestinale; nous en avons induit par analogie que ces pressions devaient, sur une anse toujours phlogosée, amener fatalement un redoublement des phénomènes inflammatoires, et dans d'autres circonstances la gangrène.

Nous avons fait voir que cette anse intestinale, qu'on cherchait à repousser dans la cavité péritonéale, peut se loger dans l'épaisseur même des parois abdominales, et, simulant ainsi une réduction absolue, donner le change à l'opérateur et l'entretenir dans une quiétude extrêmement dommageable à l'opéré.

Nous avons fait remarquer que l'anse réduite, par

le fait même de son étranglement et des pressions qu'elle avait dû subir pour être repoussée dans l'abdomen, présente toujours les lésions suivantes : inflammation, paralysie, ramollissement, érosions, ulcérations, perforations, gangrène, ou bien encore oblitération.

Nous avons noté que, prises en particulier ou associées les unes aux autres, les lésions de l'anse herniée réduite dans le péritoine ont les plus fâcheuses conséquences pour l'opéré.

Nous avons fait voir, en effet, que l'anse enflammée joue vis-à-vis de la cavité péritonéale le rôle d'épine inflammatoire, et est le point de départ, souvent constaté à la nécropsie, de péritonites mortelles; que la paralysie des tuniques musculaires prédispose à la persistance des phénomènes de l'étranglement; que le ramollissement, les érosions, les ulcérations ne sont que des degrés successifs devant presque fatalement aboutir à la perforation et à la gangrène, exposant ainsi le malade aux suites mortelles de l'épanchement stercoral dans le péritoine.

Avec Petit le fils, nous avons dit que la réduction a pour effet de s'opposer au rétablissement des garde-robes en déviant un intestin, habituellement hernié, de la situation ordinaire et la plus favorable au cours des selles.

Nous avons fait remarquer que la réduction a pour but ultime de repousser une nouvelle portion d'intestin dans la cavité abdominale, devenue déjà

trop petite pour son contenu, à cause du météorisme dont les anses intestinales sont le siége; que, cette anse étant comprimée de toute part par le paquet intestinal, il devient facile de comprendre pourquoi, dans certaines circonstances, le cours des matières fécales tarde à se rétablir et même ne se rétablit pas du tout.

Nous avons vu que la réduction constitue l'incision des enveloppes herniaires et du sac en plaie pénétrante compliquée de l'abdomen, et que par conséquent le malade reste exposé à toutes ses fâcheuses conséquences.

Finalement, nous avons vu que la réduction, qui ne peut être considérée comme cause directe des conséquences de l'oblitération de l'intestin ou d'un étranglement interne, joue néanmoins un rôle funeste pour l'opéré, en liant les mains de l'opérateur et en le condamnant à l'inaction.

C'est pour ces causes que nous croyons devoir conclure que cette manœuvre chirurgicale est irrationnelle et contraire à un grand nombre d'indications.

Résumant donc, dans une seule proposition générale, les divers points que nous avons établis dans ce long chapitre, à l'aide de l'opinion des auteurs, du raisonnement et de l'étude des faits, nous dirons:

Le quatrième temps opératoire de la herniotomie, constitué par la réduction de l'intestin dans la cavité péritonéale, est une manœuvre qui, quoique regardée

et conseillée comme obligatoire par tous les auteurs, est contraire aux principes les plus élémentaires de la prophylaxie des complications abdominales ; des diverses manœuvres qui constituent l'opération de la hernie étranglée, c'est, d'une façon générale, la seule à qui l'on puisse logiquement rapporter les nombreux insuccès de cette opération.

OBSERVATIONS

OBSERVATION Ire

Hernie crurale étranglée.—Kélotomie.— Réduction sans ouverture du sac.— Perforation intestinale. — Péritonite. — Mort.

Marie Albert, âgée de soixante ans, est entrée à l'hôpital Saint-André le 15 février 1868, et a été couchée salle 3, dans le service de M. le professeur Azam.

Cette femme raconte que l'avant-veille, à la suite d'un effort, elle a vu une grosseur se former au niveau de la racine de la cuisse droite; qu'elle est venue à l'hôpital parce que cette tumeur était douloureuse et qu'elle ressentait des coliques assez vives. Elle assure qu'avant ce jour elle ne s'est jamais aperçue de l'existence d'une tumeur en cet endroit, et que jamais elle n'a eu de hernie.

Au niveau du pli de l'aine droite et sur la partie médiane de ce pli existe une tumeur de la grosseur d'un petit œuf de poule, unie, lisse, sans bosselures, sans changement de couleur à la peau.

La température des téguments ne paraît pas augmentée; la pression développe une légère douleur. De plus, cette tumeur est dure, élastique, rénitente, légèrement sonore à la percussion ; du reste, on ne peut obtenir de gargouillement; le pédicule ne peut être atteint à travers la peau; la hernie paraît très-serrée.

Cette femme n'a pas été à la selle depuis la veille; le ventre est un peu bombé ; la percussion révèle la présence de gaz nombreux dans les anses intestinales; la pression abdominale est un peu douloureuse; quelques éructations; pas de nausées, pas de vomissements ; appétit perdu ; pas de soif; langue humide et pâle.

Le pouls est à 80, presque normal.

La respiration s'exécute bien.

La peau est modérément chaude et point sèche ; le facies est bon.

A la visite de trois heures, on pratique un taxis un peu prolongé et très-léger, qui ne donne pas de résultat.

M. Azam voit la malade le lendemain, à la visite de neuf heures. La nuit a été mauvaise : éructations fréquentes, nausées, deux ou trois vomissements bilieux, constipation toujours opiniâtre. La figure est

un peu fatiguée; tout le reste comme le jour précédent.

Aussitôt on pratique le taxis, après avoir préalablement projeté pendant quatre à cinq minutes un jet d'éther sur la hernie, à l'aide de l'appareil de Richardson. La hernie ne rentrant pas, on plonge la malade dans le sommeil anesthésique par le chloroforme, et on continue les tentatives de taxis; même insuccès. M. Azam se décide alors à opérer sur-le-champ.

Il incise la peau, le tissu cellulaire et divers fascia; il arrive sur une tumeur parfaitement lisse, sans adhérences, d'un rouge vineux, rénitente, sonore, qu'il pense être le sac. Il l'ouvre en dédolant, introduit la sonde cannelée et incise un premier feuillet, qui laisse échapper des appendices graisseux. On suppose alors qu'on est sur l'intestin et que ces appendices graisseux appartiennent à une portion d'épiploon.

Un premier débridement est fait en haut et en dehors; on constate l'état sain des parties qu'on a sous les yeux, et on essaye de réduire; mais, la réduction ne s'exécutant pas, M. Azam fait un nouveau débridement, et la réduction s'obtient, non cependant sans de nouvelles difficultés de taxis.

La plaie est réunie dans sa partie supérieure. Pansement simple.

Le soir, à la visite de trois heures, l'interne ordonne un lavement purgatif, qui provoque une selle

assez abondante. Les autres fonctions normales.

17 mars. — L'opérée est dans un état satisfaisant; elle a été naturellement à la garbe-robe; le pouls à 80; la peau chaude, sans sécheresse, la figure bonne. On panse la plaie abdominale.

18 mars. — Les bords de la plaie sont grisâtres, blafards, avec une tendance manifeste à la gangrène. La langue est jaunâtre, un peu sèche; il n'y a pas eu de nouvelles selles; le ventre n'est pas douloureux; pas de tympanite; la respiration est un peu pressée; le pouls petit et fréquent à 104; la figure jaune, tirée, amaigrie.

On panse la plaie avec de l'eau-de-vie camphrée. A l'intérieur, potion avec extrait mou de quinquina.

19 mars. — Coma. Mort.

La nécropsie a été faite vingt-quatre heures après la mort. L'ouverture de la paroi abdominale a révélé que le sac n'avait point été ouvert et avait été réduit avec l'anse intestinale. Il était rempli de matières stercorales. L'anse intestinale, située au-dessous du sac, présentait une perforation au niveau du point où l'étranglement s'était produit. Liquide péritonéal peu abondant; épanchement stercoral dans cette cavité, peu considérable; signes manifestes de péritonite généralisée.

De cette observation on peut conclure :

1° Que l'étranglement reconnaissait pour agent le ligament de Gimbernat;

2° Que l'anse intestinale, quoique réduite avec le

sac, avait recouvré son calibre normal, et que l'obstacle au cours des matières fécales avait été levé ;

3° Que cette anse intestinale, lors de sa réduction, était malade, et qu'à la chute des escarres un épanchement stercoral s'était fait dans l'abdomen.

4° Que cette opérée est morte d'une péritonite provoquée par l'épanchement stercoral dans le péritoine.

OBSERVATION II

Hernie crurale étranglée. — Kélotomie. — Rupture de l'anse intestinale au moment du débridement. — Péritonite suraiguë. — Mort.

Marie Verneuil, âgée de soixante-trois ans, est entrée à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, le 18 octobre 1861, et a été couchée salle 2, service de M. le professeur Denucé, M. Lannelongue suppléant.

Cette femme raconte que, faisant, il y a trois jours, un effort assez considérable, elle a vu une grosseur se produire au niveau de la naissance de la cuisse gauche, et qu'elle a persisté depuis lors. Elle nie énergiquement avoir constaté rien de semblable avant cette époque, et n'étaient la douleur, les troubles digestifs et le malaise général qu'elle ressent, elle ne serait pas venue à l'hôpital.

Cette femme présente, en effet, une hernie crurale du côté gauche ; la tumeur formée par cette her-

nie est peu volumineuse; elle est rouge, rénitente, douloureuse à la pression. D'autre part, la malade n'a pas été à la selle depuis huit jours; elle a de fréquentes nausées, des vomissements bilieux. Le pouls, encore résistant, est fébrile; la peau est chaude.

Le soir, on a fait quelques tentatives de taxis très-légères, sans aucun résultat.

Le 10 janvier, à dix heures du matin, M. Lannelongue procède à l'opération.

Les enveloppes herniaires et le sac sont incisés et ouverts sans difficulté; l'anse intestinale est à nu; elle paraît saine. L'opérateur fait un premier débridement à la partie externe, avec le bistouri d'A. Cooper; mais au moment où, se proposant de débrider en dedans, il porte le doigt sur l'anse herniée et la déprime, un flot de matières fécales s'en échappe et couvre la plaie. L'opérateur étanche les liquides stercoraux avec des bourdonnets de charpie, et, ceci fait, comme une assez grande longueur d'anse intestinale correspondant au bout inférieur est encore dans la plaie et paraît saine, l'opérateur se propose de la réduire. Mais ces efforts de réduction détruisent, sans doute, les adhérences encore molles, en voie de formation, qui séparaient la cavité abdominale de l'extérieur, car, à ce moment précis, la femme pousse un cri déchirant, qui témoigne de l'invasion d'une excessive douleur, et elle meurt, trois heures après, d'une péritonite suraiguë.

La nécropsie a fait constater un épanchement stercoral peu abondant dans la cavité abominale, une rougeur extrêmement prononcée du péritoine et de la surface intestinale, surtout au niveau de la hernie. L'anse intestinale avait été nettement sectionnée, comme tranchée, par la concavité du ligament de Gimbernat.

OBSERVATION III

Hernie crurale étranglée. — Opération. — Création d'un anus anormal sans débridement. — Persistance des symptômes d'étranglement. — Débridement par le procédé d'Arnaud. — Épanchement stercoral dans l'abdomen. — Mort.

Une femme âgée de cinquante-deux ans, nommée Françoise Breuil, entra à l'hôpital Saint-André le 9 janvier 1868. Elle était atteinte d'une hernie crurale étranglée de l'aine gauche, et je n'ai pu me procurer de renseignements ni sur l'âge de sa hernie ni sur celui de l'étranglement.

Les symptômes de cet accident étaient d'ailleurs tellement manifestes, que l'opération fut pratiquée le 10 janvier au matin. Le sac ouvert, on se trouva en présence d'une anse intestinale complétement sphacélée. Le chirurgien emporta avec des ciseaux une bonne portion des parties mortifiées, sans toucher d'ailleurs en aucune façon à l'agent constricteur. On fit un pansement simple.

Le lendemain, c'était le 11 janvier, les matières fécales n'étaient point sorties par la plaie ; les hoquets, nausées et vomissements, douleurs, avaient persisté ; le pouls à 100, pas trop déprimé, et la face un peu grippée.

Il devenait urgent de donner issue aux matières fécales, de quelque façon que ce fût. Le premier soin fut d'aller à la recherche du bout supérieur, mais les difficultés étaient considérables. En effet, la plaie était très-profonde à cause de l'embonpoint de la malade, et, d'autre part, des débris sphacélés masquaient complétement les parties. Une sonde en gomme élastique fut introduite à plusieurs reprises; mais, soit qu'elle s'enfonçât dans le calibre du bout inférieur, soit encore qu'elle pénétrât dans la cavité péritonéale elle-même, à travers les adhérences encore molles qui obturaient la plaie, rien ne sortait par son pavillon.

Un dernier essai fut enfin plus productif, et des matières jaunâtres, franchement fécaloïdes, telles que celles que contient habituellement l'intestin grêle, s'écoulèrent, mais en assez petite quantité. La pression sur l'abdomen réussissait à en faire sourdre davantage, et par le pavillon de la sonde et tout autour de son calibre par le bout supérieur. Mais, aussitôt que la pression cessait, l'écoulement s'arrêtait, et bien évidemment le but restait encore à atteindre. C'est alors que l'opérateur se décida à débrider par l'intérieur du bout supérieur, c'est-à-

dire par le procédé de débridement auquel Arnaud a donné son nom.

Les matières fécaloïdes sortirent alors en plus grande quantité; on nettoya la malade, on fit un pansement simple et un peu lâche, et on prescrivit tous les médicaments et fomentations habituels en pareil cas. Je dois dire que les manœuvres avaient employé beaucoup de temps, environ trois quarts d'heure; que la malade était excessivement fatiguée, le pouls devenu filiforme et abdominal, et la face tout à fait grippée. D'ailleurs la malade n'avait pas accusé de souffrances très-vives pendant l'opération.

Elle vécut encore toute la journée; elle fut pansée à trois heures de l'après-midi; les matières fécales ne s'écoulaient pas. Du reste, les symptômes généraux étaient aussi alarmants que possible, et elle mourut le lendemain 12 janvier, de grand matin.

L'autopsie fit constater un épanchement considérable dans le ventre de ces mêmes matières jaunes et liquides qu'on avait eu une si grande difficulté à faire sortir par le bout supérieur. L'anse intestinale qui donnait naissance à ce dernier était sphacélée dans une longueur de 15 centimètres au moins. La friabilité de cette anse empêcha de constater sa perforation. Mais il est évident qu'elle devait exister sur une large étendue, la plaie intestinale du débridement par la méthode d'Arnaud étant trop étroite pour expliquer un épanchement si abondant de matières fécales dans le ventre. On constata, en outre,

tous les signes d'une péritonite commençante, à savoir : rougeur intense, noirâtre, du grand épiploon et de tout le paquet intestinal.

OBSERVATION IV

Hernie inguinale étranglée. — Opération. — Difficultés considérables de réduction.—Établissement d'un anus contre nature. — Péritonite. — Mort.

Esclamadon (Antoine), âgé de cinquante-quatre ans, de Blanquefort, est entré à l'hôpital Saint-André le 23 octobre 1866, et a été couché salle 11, service de M. le professeur Azam, M. Labat, suppléant.

Le malade est atteint depuis longues années d'une volumineuse hernie inguinale du côté gauche; elle n'était pas habituellement contenue, mais elle rentrait et sortait très-facilement.

Cet homme est charretier; hier, 22 octobre, et sous l'influence d'un effort, sa hernie est sortie plus volumineuse, dit-il, et ses essais pour la faire rentrer sont demeurés impuissants.

Le lendemain, comme sa hernie n'était pas rentrée pendant la nuit et qu'il ressentait quelques coliques, il s'est rendu à l'hôpital.

La tumeur occupe la région inguinale gauche; elle est très-volumineuse et paraît descendre très-bas dans le scrotum. Du reste, pas de changement de couleur à la peau, matité à la percussion, pas de

douleur à la pression et symptômes généraux bons, sauf que l'appétit est perdu, qu'il y a quelques éructations, quelques nausées, pas de vomissements et une constipation qui remonte à trente-six heures. Le soir, à trois heures, taxis infructueux.

24 octobre. — Même état, légères tentatives de taxis. (Bains prolongés, onguent napolitain belladoné, en onctions sur le scrotum.)

25 octobre. — Pas de changement. Eu égard au volume de la hernie et au peu d'intensité des symptômes locaux et généraux, on considère cette hernie comme simplement enflammée.

Mais le lendemain, 26 octobre, la scène pathologique a changé de face : le malade n'a pas dormi; il a eu toute la nuit des nausées, des éructations fréquentes, trois ou quatre vomissements bilieux. La tumeur herniaire a gardé le même volume; mais la peau est rouge, la pression douloureuse; le ventre est légèrement ballonné, la constipation opiniâtre.

M. Labat fait une tentative de taxis qui n'a pas de suite. Le malade prendra un bain de deux heures.

Après le bain, de nouveaux essais de taxis étant demeurés impuissants, M. Labat procède sur l'heure à l'opération.

Les enveloppes herniaires sont successivement incisées; le sac est mis à nu, incisé en dédolant et fendu sur la sonde cannelée dans toute sa longueur. Les parties herniées sont ainsi constituées : en dedans, une anse intestinale longue de 10 centimètres, rou-

geâtre, un peu brune, mais ni noire ni plissée ; en dehors, une masse épiploïque grosse comme la moitié du poing, paraissant saine vers le pédicule, mais fortement congestionnée vers la partie médiane et noirâtre inférieurement, avec des extravasations sanguines.

L'anse intestinale paraît peu serrée par le collet du sac. Cependant M. Labat débride en haut et en dehors assez largement ; puis il passe à la réduction, mais alors tous ses efforts échouent. Il débride de nouveau et plus en dedans ; ses efforts de réduction demeurent encore vains.

Ces tentatives duraient sans aucun succès depuis plusieurs minutes ; l'anse intestinale paraissait se congestionner davantage ; il devenait urgent de prendre un parti. M. Labat ponctionne l'intestin avec un trocard explorateur, mais les fèces ne sortent que très-difficilement et goutte à goutte, et point de gaz.

Un essai de taxis ne réussit pas mieux que les autres. Alors l'opérateur fend l'intestin d'un coup de ciseau et donne ainsi issue à une abondante quantité de matière fécale ; puis M. Labat dispose tout pour la formation d'un anus anormal. L'épiploon est enserré dans une puissante ligature, et toute la partie située en deçà est retranchée avec le bistouri, sans aucune hémorrhagie.

27 octobre.—Pouls à 110, très-petit ; face grippée ; langue large, jaunâtre ; ventre ballonné et douloureux ; vomissements bilieux ; tous les symptômes d'une péritonite généralisée.

Le malade meurt le lendemain.

A la nécropsie, injection considérable du péritoine, surtout du grand épiploon; quelques fausses membranes; le grand épiploon passe au-dessous de l'anse intestinale en dedans et va ressortir au dehors dans le sac herniaire; pas d'épanchement stercoral. J'estime que le volume assez considérable de la hernie et la tension des parois abdominales, exagérées par le météorisme intestinal, sont les deux causes qui ont rendu la réduction impossible.

OBSERVATION V

Hernie crurale étranglée. — Opération — Difficultés considérables de réduction. — Rupture de l'intestin. — Péritonite. — Mort.

Jeanne Tourel, âgée de soixante-trois ans, de Moissac (Gironde), est entrée à l'hôpital Saint-André le 7 janvier 1866, et a été couchée salle 3, dans le service de M. le professeur Azam.

Cette femme avait depuis douze ans une pointe de hernie à la région crurale du côté droit. Cette hernie rentrait et sortait sans difficulté; aucun bandage n'avait été appliqué. Mais, il y a un an, la malade se fit appliquer un bandage qu'elle ne portait, du reste, que très-irrégulièrement.

Tel était son état lorsqu'elle fut atteinte, il y a

huit jours, d'une bronchite intense, occasionnant des quintes de toux très-fatigantes.

Sous l'influence des efforts provoqués par l'une de ces quintes, la hernie devint tout d'un coup plus volumineuse et ne put pas se réduire, malgré les efforts de la malade. Ceci se passait le 5 janvier 1866.

Le lendemain, 6 janvier, il y eut une selle légère, des éructations, des nausées, mais point de vomissements.

Le 7 janvier, la malade, voyant son état empirer, se décida à entrer à l'hôpital, ne parla que de sa toux à l'interne de garde et fut dirigée sur un service de médecine.

M. Caussade vit la malade le 8 janvier à dix heures, fit une tentative de taxis modéré et, n'en ayant rien obtenu, la fit passer en chirurgie.

A la visite du chef interne, à trois heures, et le même jour, nouvel essai de taxis également infructueux. Bain d'une heure. Nouveau taxis après le bain, toujours sans effet.

M. Azam, appelé, vit la malade le soir même et remit l'opération au lendemain.

9 janvier.—A ce moment, voici quel était l'état de la malade : on trouvait à la région crurale une tumeur allongée, ovoïde, ayant son grand diamètre parallèle à l'arcade de Fallope, et s'étendant de l'extrémité externe du pli de la cuisse jusqu'à un centimètre au-dessous et en dehors de l'épine du

pubis. Cette tumeur était mobile, sans changement de couleur à la peau, et à peu près indolore. Au toucher, on trouvait plus de résistance à la partie externe. La percussion donnait de la matité dans toute l'étendue de la tumeur. Depuis le 6 janvier, constipation opiniâtre, éructations, nausées, mais pas de vomissements. Le ventre un peu ballonné, mais indolore. Le pouls peu fréquent. Le facies bon, la peau humide.

Une nouvelle tentative de taxis reste sans résultats; on procède sur l'heure à l'opération.

Les enveloppes herniaires sont successivement incisées; le sac, très-épais et infiltré de graisse, est ouvert à son tour. Les parties herniées sont à nu. En dedans, il y a une anse intestinale entière, mais peu volumineuse; en dehors, une portion assez volumineuse d'épiploon. M. Azam et M. Sintex examinent l'intestin et le trouvent sain, quoique un peu violacé. Du reste, le collet du sac paraît serrer fort peu l'intestin, et M. Azam peut faire sans grande difficulté des débridements multiples.

On tente alors de réduire l'anse intestinale, mais les efforts de réduction restent impuissants. M. Azam d'abord, M. Sintex ensuite, ne peuvent parvenir à refouler l'anse herniée dans l'abdomen.

M. Azam recherche si des adhérences n'existent pas entre l'intestin et le collet du sac ou le péritoine pariétal avoisinant, mais son doigt ne rencontre aucun obstacle. Il renouvelle alors ses tentatives

de réduction, et, sous cet effort, l'intestin se crève, laissant échapper un flot de matières fécales. Il ne fallait plus songer à réduire; on fixe l'intestin au dehors, de manière à établir un anus anormal. L'épiploon fut sectionné avec l'écraseur linéaire, le plus près possible de l'ouverture abdominale. Pansement à plat.

Le soir, pouls petit, face grippée; le ballonnement du ventre a augmenté; l'absence de douleurs persiste. Quelques mucosités intestinales ont sali les pièces de pansement.

10 janvier. — Symptômes évidents de péritonite généralisée. Mort à midi.

L'autopsie a été faite le lendemain; on a trouvé les altérations ordinaires de la péritonite: injection, fausses membranes; puis on s'est aperçu que l'épiploon, tordu en corde au niveau de l'anse intestinale, passait au-dessous, de telle sorte que, lorsque l'on essayait de réduire, on repoussait l'intestin sur la face antérieure du grand épiploon, qui résistait et s'opposait absolument à la rentrée des parties herniées.

OBSERVATION VI

Hernie crurale étranglée. — Opération. — Guérison.

(Communiqué par M. le docteur Dudon, chef interne de l'hôpital Saint-André, de Bordeaux.)

Ursule Ricier, âgée de soixante-trois ans, est une

femme d'une constitution détériorée. Depuis le mois de décembre 1864, elle portait à droite une hernie crurale qui sortait et rentrait facilement, qui ne lui a jamais causé d'autres inconvénients que quelques coliques, et qui n'a jamais été contenue par un bandage.

Vers la fin du mois de mai 1865, elle contracta une bronchite qui s'accompagna de toux assez fréquente. Le 29 au soir du même mois, dans une quinte de toux, sa hernie sortit et il fut impossible de la faire rentrer. De là coliques, vomissements bilieux, suppression des selles, ballonnement léger du ventre, faiblesse extrême. Un médecin est appelé le soir ; il constate l'existence d'une hernie crurale, fait une tentative infructueuse de taxis et conseille à la malade de venir à l'hôpital, où elle arrive le 30 mai, à huit heures du matin. A son arrivée, on constate l'état suivant : sa face est défaite, l'œil abattu, le pouls petit ; il y a des vomissements purement bilieux et assez fréquents ; les selles sont supprimées ; le ventre est légèrement ballonné, il est indolore dans toute son étendue, excepté au-dessus de l'arcade de Fallope droite, où dans un espace limité la pression détermine une légère douleur. Il existe dans le pli inguinal droit, au-dessous du ligament de Fallope, et un peu en dedans du milieu de cette corde, une petite tumeur, pouvant avoir le volume d'un petit œuf de poule, dure, comme marronnée, douloureuse au toucher, sans changement de couleur à la peau, égale

à sa surface, donnant à la percussion un son clair. Ces signes locaux, joints aux phénomènes généraux et aux commémoratifs, ne laissent pas de doute sur la nature de la tumeur, et l'on prononce que l'on a affaire à une hernie étranglée. Une tentative de taxis d'une durée de dix minutes reste sans résultat, et ne produit qu'un peu de mollesse dans la tumeur.

M. Denucé ordonne un bain frais de deux heures, après lequel on fera sur la tumeur et le bas-ventre une onction avec l'onguent napolitain belladoné. Ce bain sera renouvelé à deux heures et durera jusqu'à quatre heures. A ce moment, c'est-à-dire vingt heures environ après le début de l'étranglement, la face est plus altérée que le matin, les vomissements bilieux, à l'arrivée de la malade, ont continué dans l'après-midi et ont pris le caractère fécaloïde; le pouls est plus petit et intermittent; le ventre est plus ballonné, mais sa sensibilité n'a pas augmenté; les selles sont toujours supprimées. Une nouvelle tentative de taxis, très-courte cette fois-ci, reste, comme les deux précédentes, sans résultat; la hernie est déclarée irréductible, et le moment d'opérer paraît opportun. L'opération est pratiquée à quatre heures et quart par M. Denucé.

Un pli vertical étant fait à la peau qui recouvre la tumeur, le bistouri est porté dans le sens du ligament de Fallope, et sectionne ce pli du sommet à la base; les divers fascia sont incisés sur la sonde

cannelée, et l'on arrive sur le sac, que l'on incise également.

Le sac ouvert laisse s'écouler quelques grammes de sérosité et met à nu l'intestin, qui est légèrement vascularisé ; on essaye de passer le doigt dans l'anneau constricteur, mais ce dernier est fortement serré, et ce n'est qu'avec peine qu'un bistouri boutonné est introduit à la partie interne, où l'on pratique un débridement multiple. L'anneau ainsi sectionné, la hernie est facilement réduite. Au même instant où le doigt qui a repoussé la hernie dans l'abdomen est retiré, un flot de liquide s'écoule par l'ouverture pratiquée à la paroi abdominale. Quelques pressions douces exercées sur le ventre, et surtout en allant de gauche à droite, font écouler de nouvelles quantités de liquide, qui sont reçues dans un bassin et dont on peut évaluer la quantité à 250 grammes. Ce liquide, d'une couleur citrine, est d'une limpidité parfaite et semblable, au moment où il s'écoule de la cavité péritonéale, à la sérosité d'une ascite. Il présente ceci de particulier que, sous l'influence du refroidissement, il se coagule et se sépare, comme le sang extrait de ses vaisseaux, en deux parties distinctes, l'une liquide et comparable au sérum, l'autre solide et tremblotante, analogue au caillot.

Lorsque tout le liquide fut écoulé, on procéda au pansement ; le sac fut laissé dans la plaie, sur laquelle un bandage en T maintint un gâteau de charpie. La présence du liquide dont je viens de parler fait

ordonner par prudence des onctions d'onguent napolitain belladoné sur le ventre, et de la glace à l'intérieur. On accorde des bouillons glacés.

Le lendemain matin, la malade est en bon état, elle a dormi quelques heures; les vomissements n'ont pas reparu depuis l'opération; la face est moins altérée, le pouls s'est relevé; il y a eu trois selles copieuses pendant la nuit; le ventre est indolore dans presque toute son étendue, excepté autour de la plaie, où il est un peu sensible. On continue les onctions belladonées, on ordonne 10 centigrammes de calomel en dix paquets, à prendre un toutes les heures. La malade tousse un peu; aussi supprime-t-on la glace, qui est remplacée par un looch calmant.

Le surlendemain, tout symptôme abdominal a disparu, la malade a eu deux selles depuis la veille; on supprime le calomel. La plaie commence à suppurer, et on la panse avec un plumasseau imbibé de glycérine.

A partir de ce jour, toutes les fonctions entrent en bon état; la plaie, au milieu de laquelle se trouve le sac, bourgeonne et tend à se combler; au bout de quinze jours, elle est considérablement rétrécie, mais il existe en dehors d'elle un petit foyer purulent intersticiel, qui ne peut se tarir et qui nécessite quelques injections légèrement iodées.

Le 20 juillet, la malade sort complétement guérie.

OBSERVATION VII

Hernie crurale étranglée. — Opération. — Réduction. — Guérison.

Soucaret (Marguerite), âgée de soixante-six ans, est entrée à l'hôpital Saint-André le 15 décembre 1865, et a été couchée salle 3, dans le service de M. le professeur Azam.

Cette femme portait depuis trois ans une pointe de hernie crurale du côté gauche, hernie qui rentrait et ressortait très-facilement sans qu'il en résultât aucune gêne, lorsque le 9 décembre, sans cause connue, la hernie devint plus considérable que de coutume et ne put rentrer, malgré les efforts exercés par la malade.

Le lendemain, la tumeur était dure et beaucoup plus volumineuse.

Les choses restèrent en cet état pendant huit jours; il n'y eut qu'une seule selle, quelques vomissements. Le médecin ne fut pas appelé; on se contenta de mettre un cataplasme sur la tumeur.

Voyant son état empirer, la malade se décida à entrer à l'hôpital le 15 décembre.

Le ventre est douloureux; dans l'aine gauche, on trouve une tumeur molle, sans dureté, fluctuante, mate dans toute son étendue, peu douloureuse et ayant son grand diamètre obliquement dirigé en

haut et en dehors, parallèlement à l'arcade crurale. Langue large, blanche, humide; soif assez vive; dégoût profond des aliments; vomissements bilieux fréquents; un peu de météorisme; constipation opiniâtre; pression abdominale peu douloureuse. Pouls à 92, assez plein; respiration un peu pressée; peau chaude, point sèche; facies fatigué.

A la visite de trois heures, le chirurgien chef interne s'abstient de tout taxis, fait appliquer des sangsues et ordonne de l'onguent mercuriel belladoné en applications sur le ventre.

16 décembre. — M. Azam voit la malade à la visite de neuf heures et demie; elle est dans le même état que la veille: quelques vomissements, nausées fréquentes, éructations continuelles. L'opération est immédiatement pratiquée.

Après le débridement, la réduction de l'anse intestinale n'a offert aucune difficulté. Trois points de suture réuniront la plaie en dehors. Pansement simple.

La première selle a eu lieu le 17 décembre, et à partir de cette époque les garde-robes sont quotidiennes.

La plaie abdominale n'a été guérie que le 16 janvier. — Exeat.

—

OBSERVATION VIII

Hernie crurale étranglée. — Kélotomie. — Réduction. — Mort.

Elisabeth Taffard, âgée de cinquante-sept ans, de Royan, est entrée à l'hôpital Saint-André le 2 mars 1865, et a été couchée salle 3, dans le service de M. le professeur Azam.

Cette malade porte une hernie crurale double depuis vingt-cinq ans environ; celle du côté droit est grosse comme une noix; la gauche avait le volume d'un œuf. La malade n'avait jamais été incommodée par cette infirmité. Le 1er mars, il y avait trois jours qu'elle n'avait pas eu de selle; aussi, vers le soir de ce même jour, elle s'aperçut que la tumeur avait augmenté de volume. Douleurs vives dans l'abdomen, vomissements de mucosités. Elle se décida alors à entrer à l'hôpital Saint-André, le lendemain 2 mars.

La tumeur, cylindrique, oblongue dans la direction du pli de l'aine, s'étend de l'épine du pubis jusqu'à 3 centimètres de l'épine iliaque; on diagnostique une hernie crurale.

Le taxis avait déjà été pratiqué sans succès en ville; de nouvelles tentatives faites par M. le Chef interne restent infructueuses, même avec le secours

du chloroforme. Bains, sangsues. Nouveaux efforts sans résultat.

Le 3, à la visite du matin, M. le professeur Azam se décide à opérer. Le sac mis à découvert, on constate que la tumeur s'est repliée au-dessus du ligament de Fallope; de plus, une sorte d'appendice en forme de doigt de gant se porte en haut et en dehors et est constitué par un paquet épiploïque. Le sac ouvert, on reconnaît l'intégrité de l'anse intestinale étranglée; la réduction en est difficile à cause de l'existence d'anciennes adhérences; finalement elle est obtenue.

On réunit la moitié interne de l'incision, l'anneau est bouché par l'épiploon, qu'on laisse au dehors.

4 mars. — Etat satisfaisant; rien de particulier.

5 mars. — Deux selles; vomissements bilieux; pouls un peu fébrile. Le ventre n'est pas douloureux.

6 mars. — Pouls fébrile; face grippée; langue sèche; vomissements de matières fécaloïdes; selles abondantes; le ventre n'est pas douloureux. On retranche une portion d'épiploon sphacélé, et le pus est étanché avec soin. (Onguent napolitain sur le ventre; embrocations d'eau de guimauve tiède.)

7 mars. — Pouls filiforme, vomissements, hoquets. Mort le 8 mars, avant la visite.

L'autopsie, faite le lendemain, a montré que l'intestin n'avait pas été directement et entièrement refoulé dans le ventre. En arrière de la branche horizontale du pubis se voyait une poche formée par

un décollement du péritoine. Le décollement avait été produit par les efforts tentés pour réduire l'intestin. La résistance éprouvée par l'opérateur avait été attribuée par lui à des adhérences. Une portion de l'intestin était donc étranglée dans cette cavité, mais une moitié de son calibre permettait encore la circulation des matières.

Les autres désordres constatés consistaient en une perforation intestinale, des adhérences tout à l'entour avec la paroi abdominale, une épiploïte circonscrite.

OBSERVATION IX

Hernie inguinale étranglée. — Kélotomie. — Débridements multiples et à plusieurs reprises. — Réduction très-difficile et très-longue à obtenir. — Mort deux heures après l'opération.

Bernard Ricard, âgé de cinquante-huit ans, menuisier, est entré à l'hôpital Saint-André le 25 juin 1865.

Ce malade est affecté depuis vingt ans d'une hernie inguinale volumineuse du côté droit; cette hernie rentrait sans difficulté, mais depuis deux jours elle est sortie et a résisté à tous les efforts tentés par le malade pour la réduire.

M. Lannelongue a vu le malade à la visite de trois heures, et telle est la gravité de son état qu'il

juge que l'opération ne peut être remise; elle est pratiquée sur-le-champ.

L'incision des enveloppes herniaires, l'ouverture du sac, la mise à nu de l'anse herniée, sont pratiquées sans aucune difficulté. Les tuniques intestinales sont saines. On débride le collet du sac en plusieurs points et à plusieurs reprises, également avec la plus grande facilité. Mais, lorsque M. Lannelongue veut réduire l'intestin, il éprouve des difficultés insurmontables. Les efforts se prolongent pendant plus de vingt minutes sans résultat; il débride de nouveau, et ne réussit pas mieux à faire rentrer l'anse herniée. Il y arrive enfin; mais, au moment précis où il ne restait plus à réduire qu'une faible partie de l'anse intestinale, un liquide grisâtre et fétide s'échappe à travers les doigts de l'opérateur.

On pense que c'est du pus formé dans le péritoine, et conséquemment on termine la réduction.

Le pansement est rapidement fait. Embrocations d'onguent napolitain sur l'abdomen, fomentations d'eau de guimauve, glace. Le malade mourait deux heures après, d'une péritonite suraiguë.

OBSERVATION X

Hernie inguinale étranglée. — Opération. — Réduction — Péritonite consécutive. — Mort.

Mathieu Aïsse, âgé de dix-neuf ans, est entré à

l'hôpital Saint-André le 18 octobre 1866, et a été couché salle 11, dans le service de M. le professeur Azam, M. Labat suppléant.

Ce jeune homme est atteint depuis trois ans d'une hernie inguinale du côté droit ; il ne l'a jamais maintenue réduite par l'application d'un bandage, et elle sortait et rentrait très-facilement. Plusieurs fois cependant, dans le courant de l'année, la hernie est sortie sans qu'il ait pu la repousser dans l'abdomen. Mais ces accidents n'ont pas eu de suite grave; il se couchait, et le lendemain trouvait sa hernie réduite.

Il y a deux jours, à la suite d'un effort pour soulever un fardeau, sa hernie est sortie de nouveau; il a essayé de la faire rentrer sans y parvenir. Le repos de la nuit n'a pas davantage amené de réduction. Il a encore attendu jusqu'à la nuit suivante, et le lendemain il s'est décidé à entrer à l'hôpital. A la visite du soir, le chef interne a fait quelques efforts de taxis qui sont demeurés sans résultat.

M. Labat a vu le malade le 19 octobre. La tumeur occupe le côté droit du scrotum ; elle se présente sous l'aspect d'une tumeur grosse comme le poing, sans changement de couleur à la peau, rénitente, un peu douloureuse à la pression, sonore à la percussion ; l'anneau inguinal paraît serrer médiocrement le collet du sac.

Cependant il y a trois jours pleins que le malade n'a eu de garde-robe; la langue est large, saburrale;

il y a quelques éructations, des nausées; le ventre est un peu développé, sonore à la percussion, rempli de gaz, du reste peu douloureux.

Le pouls est à 80.

Le facies un peu fatigué.

M. Labat procède méthodiquement au taxis, et après quelques efforts la hernie se réduit. On applique un spica, on prescrit le repos horizontal et on ordonne un purgation légère.

20 octobre. — Le malade a bien passé la nuit, il a eu plusieurs selles, le pouls est normal, tout paraît être rentré dans l'ordre. On ordonne un bandage inguinal droit.

Du 21 au 29 octobre les choses sont restées dans cet état, et ce jeune homme n'est demeuré dans la salle de clinique que pour attendre le bandage qu'on lui avait prescrit; mais ce dernier jour la hernie sort pendant que le malade va à la selle, et à la visite du lendemain les efforts de taxis ne parviennent pas à la faire rentrer.

Bain de deux heures, onguent napolitain belladoné, étendu en couche épaisse sur le scrotum.

30 octobre. — La hernie est dans le même état; il n'y a pas eu de selle depuis le 28; le ventre est tendu, météorisé, douloureux; éructations fréquentes, nausées, vomissements bilieux. Pouls à 100; facies altéré et amaigri; nouveaux efforts de taxis modéré suivi d'insuccès.

M. Labat se décide à opérer sur-le-champ.

L'incision des enveloppes herniaires, celle du sac, n'ont présenté rien de notable. La hernie est intestinale, formée par une anse assez volumineuse de l'intestin grêle. Cette anse intestinale présente un peu d'injection sanguine ; elle est violacée dans quelques points, mais nulle part elle n'a perdu de son poli.

M. Labat débride assez largement en dehors et en haut. Ceci fait, il examine de nouveau l'anse avec soin et la repousse dans l'abdomen, non cependant sans avoir à vaincre une certaine résistance.

La plaie est pansée à plat.

On fait sur le ventre des frictions d'onguent napolitain, on le recouvre avec une flanelle imprégnée d'eau de guimauve tiède.

Le malade a été à la selle ; l'état général paraît s'être beaucoup amélioré. Le facies est meilleur, le pouls à 80 ; les vomissements ont cessé, le ventre est toujours un peu douloureux. On panse la plaie : rien d'anormal de ce côté.

2 novembre. — Les vomissements bilieux ont reparu ; le malade vomit continuellement, il a des éructations fréquentes et du hoquet presque continuel ; le ventre est très-tendu, extrêmement douloureux ; pas de selles. La face est grippée, les yeux profondément excavés, les narines serrées, l'amaigrissement très-marqué. Le pouls filiforme à 120. Le malade est en proie à un malaise inexprimable ; il n'a pas de position, il se tourne de côté et d'autre

dans son lit. On panse la plaie abdominale, elle ne présente rien d'anormal; l'intestin est resté réduit. On continue l'onguent napolitain et les compresses d'eau de guimauve sur le ventre. Le malade prendra toutes les heures une pilule d'extrait thébaïque, 5 centigrammes.

Les symptômes de péritonite ont suivi une marche croissante, et le malade est mort le lendemain 3 novembre.

L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION XI

Hernie crurale étranglée. — Opération. — Réduction. — Péritonite. — Mort.

Catherine Bergeon, soixante-quatorze ans, est entrée à l'hôpital Saint-André le 2 septembre 1865, et a été couchée salle 2.

Cette malade a une hernie crurale depuis vingt ans. Quand elle est soumise au premier examen, l'étranglement date de trois jours.

On l'opère immédiatement, et sur le bulletin statistique je trouve pour tout renseignement : incision, ouverture du sac, réduction.

La maladeest morte de péritonite cinq jours après, le 7 septembre 1865.

La nécropsie a été faite, mais on n'a pas noté le résultat.

OBSERVATION XII

Hernie crurale étranglée.—Opération.—Sphacèle de l'intestin. Anus contre nature. — Mort.

Jeanne Foumartin, quatre-vingt-deux ans, est entrée à l'hôpital le 31 mars 1867, et a été couchée salle 3.

Cette femme est porteur d'une hernie crurale droite étranglée depuis deux jours.

Entrée le 31 mars, elle est opérée le 2 avril. A l'ouverture du sac, on a trouvé l'intestin sphacélé; un anus contre nature a été établi. La malade est morte le 14 avril; le bulletin statistique ne signale pas la cause du décès.

OBSERVATION XIII

Hernie crurale étranglée. — Opération. — Réduction. — Péritonite chronique.

Joséphine Bentayou, quarante-deuxans, est entrée à l'hôpital Saint-André le 9 mars 1867.

Elle était affectée d'une hernie crurale du côté droit, étranglée depuis trois jours.

M. Oré l'opéra le 10 mai, fit un débridement multiple de l'agent de l'étranglement et réduisit l'intestin.

Sur le bulletin statistique on a noté, comme suites de l'opération, une fièvre intense.

La malade, opérée le 10 mai, est sortie le 7 juin ; elle n'était pas guérie. Depuis elle est morte chez elle de péritonique chronique, et quelques jours seulement après sa sortie de l'hôpital Saint-André.

OBSERVATION XIV

Hernie inguinale étranglée. — Opération. — Réduction. — Fistule stercorale consécutive. — Péritonite. — Mort.

Guillaume Ribeaud, soixante-et-onze ans, est entré à l'hôpital Saint-André le 16 octobre 1867 et a été couché salle 10, service de M. Oré, M. Labat suppléant.

Depuis de longues années, ce malade a une hernie inguinale droite, mal contenue par un mauvais bandage. Il y a deux jours, elle est sortie à la suite d'une quinte de toux, et depuis lors le malade n'a pu réussir à la faire rentrer.

M. Labat a vu le malade le lendemain 17 octobre : la hernie occupe le côté droit du scrotum et forme une tumeur ayant à peu près le volume du poing, elle est peu douloureuse; les téguments n'ont pas changé de coloration à son niveau; la percussion donne de la sonorité en dedans et de la matité en dehors. Le malade dit avoir été à la selle la veille;

il a quelques éructations et des nausées ; il a vomi deux fois des matières bilieuses. Le ventre un peu ballonné, mais point volumineux ; le pouls et l'habitude extérieure normaux. Efforts de taxis sans résultats. (Frictions d'onguent napolitain, bain de deux heures.)

18 octobre. — Les vomissements ont pris le caractère fécaloïde. M. Labat se décide à opérer. L'opération n'a présenté de difficultés qu'au moment de la réduction, qui a été un peu laborieuse.

Les suites paraissaient devoir être bien simples ; le malade est allé à la selle le deuxième jour ; la plaie abdominale marchait à souhait, lorsque, le 22 octobre, quatre jours après l'opération, on s'est aperçu que des matières stercorales souillaient les pièces de pansement. On a laissé les choses en état, pensant bien que les adhérences formées empêcheraient l'épanchement dans la cavité abdominale, et que la fistule, évidemment très-petite, se cicatriserait spontanément ; mais une péritonite subaiguë s'est déclarée, et, bien que les symptômes n'aient jamais acquis une grande intensité, le malade est mort le 1er novembre, quatorze jours après son opération.

Il est sûr que, avant de réduire, M. Labat s'était assuré, par l'examen le plus minutieux, de l'état parfaitement sain de l'anse intestinale ; il n'avait donc réduit qu'à bon escient. Cependant un point ou même plusieurs de l'anse intestinale réduite étaient atteints profondément, et la preuve en est que la fis-

tule stercorale s'est montrée le quatrième jour, c'est-à-dire s'est produite le troisième jour, consécutivement à la chute des escarres.

Un intestin malade peut donc en imposer et être pris pour un intestin parfaitement intact, et, dès lors, le chirurgien qui a repoussé l'anse intestinale dans l'abdomen se trouve toujours sous le coup d'une perforation secondaire. Voilà ce que démontre cette observation, quelque incomplète d'ailleurs qu'elle puisse être.

OBSERVATION XIV *bis*

Cette observation se rapporte à un malade qui est entré, en juin 1867, dans la salle 17, service de M. le professeur Oré. Il était porteur d'une hernie inguino-scrotale étranglée. L'opération eut lieu; la réduction fut facilement obtenue, et le malade, guéri de son étranglement herniaire, put sortir à quelques jours de l'opération.

Je n'ai pu me procurer ni le nom de l'opéré, ni la date de son entrée et de sa sortie, ni des détails suffisants sur les symptômes qu'il avait présentés, et sur l'opération elle-même. Je ne rapporte donc cette observation, tout à fait incomplète, qu'au point de vue de la statistique et de ses résultats.

DEUXIÈME PARTIE

DE LA KÉLOTOMIE SANS RÉDUCTION

CHAPITRE PREMIER

Sommaire. — La réduction est une manœuvre dangereuse, mais ne constitue-t-elle pas une manœuvre nécessaire? — Innocuité de la non-réduction démontrée par les faits. — Conclusion : la réduction est inutile et dangereuse ; donc il ne faut pas réduire.

Dans la première partie de ce travail, consacrée à la recherche des causes qui font de la kélotomie ordinaire une opération désastreuse, j'ai fait ressortir l'innocuité de ses trois premiers temps : incision des enveloppes herniaires, ouverture du sac et débridement. J'ai montré leur importance capitale, ne permettant dans aucun cas de passer outre à leur exécution. Puis, arrivant à l'étude du temps de l'opération

qui a trait à la réduction de l'intestin dans le ventre, j'ai fait voir que cette manœuvre avait pour conséquences fréquentes la persistance des phénomènes de l'étranglement, la péritonite, l'épanchement stercoral dans le péritoine, et que, favorisant le développement d'accidents presque toujours irrévocablement funestes, la réduction pouvait être considérée comme la cause presque exclusive des insuccès de la kélotomie.

Ceci étant acquis, j'aborde le deuxième point du problème que je me suis proposé de résoudre : tracer des règles pour rendre la kélotomie moins désastreuse.

Eh bien! la cause des insuccès de la kélotomie résidant bien manifestement dans la réduction de l'intestin, je propose de ne pas réduire, de laisser l'intestin dans la plaie après avoir débridé, et de supprimer du tout au tout le quatrième temps de la kélotomie. Mais le droit de tirer déjà cette conclusion un peu hâtive pourrait bien m'être contesté. Au demeurant, quelque dangereuse que soit la réduction de l'intestin, elle peut constituer une manœuvre d'utilité première, dont on ne saurait s'affranchir. D'autre part, l'abandon pur et simple de l'anse intestinale dans la plaie pourrait avoir pour le malade de graves inconvénients, immédiats ou consécutifs.

Il importe donc, avant de conclure définitivement, de démontrer l'inutilité de la réduction et l'innocuité de la non-réduction.

L'inutilité de la réduction ! mais elle éclate, elle est manifeste, elle se montre dans tous les points de ce procès.

La réduction avait pour but d'assurer le retour des selles, et c'est la réduction qui constitue le plus souvent l'obstacle à ce que la constipation prenne fin. Par la réduction, on se proposait d'arrêter et de faire se dissiper l'inflammation dont l'anse intestinale, jadis étranglée, est constamment le siége, et on a vu que la réduction est l'agent le plus actif de la péritonite généralisée à tout l'abdomen. Enfin, par la réduction on s'était flatté d'arrêter les progrès d'une gangrène commençante et d'empêcher la formation d'un anus contre nature, et voilà que la réduction doit être considérée comme l'agent le plus actif de la rupture, de la gangrène et de l'épanchement stercoral dans le ventre.

Mais je n'ai pas tout dit au point de vue de l'inutilité de la réduction; en effet, je n'ai démontré que ses dangers, et, quelque importante que soit cette notion, elle serait restée lettre morte, au point de vue de l'intérêt que les malades pourraient en retirer, si, dans l'opération de la hernie étranglée, les idées généralement admises sur la gravité de la non-réduction étaient vraies et légitimées par l'observation.

La réduction est une manœuvre dangereuse; mais l'abandon de l'anse intestinale dans la plaie ne produira-t-elle pas des accidents mortels? Telle est la question que je dois me poser et chercher à résoudre;

car, si la dernière proposition est vraie, si la non-réduction est fatale par ses conséquences, quelque grands, quelque nombreux que soient les dangers attachés à la réduction, il faut réduire; c'est un axiome vieux comme le monde que de deux maux il faut choisir le moindre : *Melius est anceps quam nullum remedium.*

D'ailleurs démontrer l'innocuité de la non-réduction, ce serait affirmer avec une force bien plus grande, et par un argument bien plus concluant, l'inutilité de la réduction, que je cherchais tout à l'heure à démontrer en comparant ses résultats à ses promesses.

Les faits seuls pouvaient trancher cette difficulté et fournir cette preuve; mais ici un empêchement se présentait: la réduction étant considérée par tout le monde comme absolument indispensable, il pouvait se faire qu'il fût impossible de trouver dans la science des observations de herniotomie où l'anse intestinale n'ait pas été réduite.

Heureusement, s'il est permis d'ainsi parler, l'étranglement herniaire est un accident si fréquent, et il existe une telle diversité dans l'état des parties qui constituent la hernie, le mode de l'étranglement, l'état de l'intestin, etc., que dans certaines circonstances cette réduction tant cherchée est devenue impossible à obtenir, et que, devant cette impossibilité bien constatée, l'opérateur a dû se résoudre à abandonner l'anse intestinale dans la plaie ou à créer de

toute pièce un anus contre nature. D'ailleurs, je me hâte de dire que c'est à cette dernière opération que les chirurgiens ont donné la préférence dans l'immense majorité des cas, parce qu'ils avaient peur que, par l'abandon pur et simple de l'anse intestinale dans la plaie, le cours des matières intestinales ne se rétablît pas.

Je dirai plus loin, en condamnant cette façon de faire, que porter le couteau sur un intestin déjà malade et prédisposé à la gangrène est une mesure grave, qu'un danger pressant, immédiat, mortel, peut seul justifier.

Quoi qu'il en soit, il est certain que, dans un trop petit nombre de cas, le chirurgien, dans l'impossibilité de réduire, s'est décidé à laisser l'anse intestinale dans la plaie de l'opération et à attendre ainsi, dans une expectation absolue, ce qui pouvait survenir.

Je me suis dès lors préoccupé de rechercher les observations de ces derniers faits contenues dans les divers traités sur la matière et recueils scientifiques, et c'est ainsi que j'ai pu inscrire le chiffre important de vingt-sept cas dans lesquels, pour un motif ou pour un autre, la réduction de l'intestin n'a pas été effectuée.

Je n'ai pas cru devoir fournir un simple extrait de ces observations; leur importance me paraît si grande et si décisive au point de vue de la thèse que je soutiens, que je les ai fait reproduire *in extenso* dans les pages suivantes :

OBSERVATION XV

Hernie inguinale étranglée. — Taxis. — Réduction en masse. — Substitution d'un étranglement interne à l'externe. — Opération. — Débridement du collet du sac. — Abandon de l'anse intestinale dans la plaie. — Guérison[1].

En l'année 1736, un homme âgé de trente-huit ou quarante ans, d'une constitution forte, fut attaqué d'un étranglement de boyau du côté droit, le 2 février. Son chirurgien ordinaire fit rentrer la *descente* le même jour ; mais, n'ayant trouvé aucun changement dans les symptômes, il crut devoir ordonner une potion purgative le troisième jour. M. Henri, apothicaire du malade, qui n'était pas de cet avis, ne jugea pas à propos de la faire prendre que je n'eusse décidé si ces parties avaient été bien réduites. Je me transportai chez le malade avec M. Romanin. Je sus du malade même que la hernie qui avait toujours été complète et de la longueur de sept à huit pouces depuis plus de *quinze ans,* n'avait jamais été contenue. Cependant il avait porté des bandages de différente espèce, dans la seule vue, lui faisait-on entendre, d'empêcher le progrès des parties, non pas de les contenir (discours ordinaires des simples faiseurs de bandages, qui n'ont aucune intelligence des hernies). M. Romanin trouva comme

[1] Arnaud, *Traité des hernies*. Paris, 1749.

moi les parties si bien réduites en apparence, qu'il eut de la peine à comprendre quelle pouvait être la cause des symptômes. Le ventre était extrêmement tendu, les vomissements des matières fécales étaient violents, mais peu fréquents; rien ne passait par le bas, pas même une goutte d'huile; le malade en avait néanmoins pris plus de quatre livres. Je dis à M. Romanin que je comptais que c'était un étranglement causé par un rétrécissement du péritoine, lequel ne pouvait être que dans l'endroit où s'était passée la compression des pelottes des bandages que le malade avait portés. Pour m'en assurer, j'examinai l'anneau, qui était très-large; j'y enfonçai le doigt, avec l'extrémité duquel je sentis la tumeur très-dure; je fis lever le malade, et lui fis faire les efforts convenables pour déterminer les parties à descendre: la tumeur se rapprocha davantage de l'anneau; je ressentis plus distinctement la résistance qu'elle faisait à mon doigt, elle était pareille à celle d'une vessie remplie de quelque fluide (caractère inséparable des hernies étranglées). Convaincu que c'était le sac herniaire qui formait l'étranglement, je proposai l'opération comme le seul et unique remède; elle fut différée jusqu'au lendemain. Je la fis en présence de MM. Marsolan cadet, Foubert, Lafaye et Romanin. Lorsque j'eus mis l'anneau à découvert, je le trouvai assez large pour saisir le fond du sac; mais, comme la tumeur paraissait d'un diamètre plus gros que l'anneau, je crus devoir y faire deux scari-

fications un peu profondes, pour leur donner plus de largeur. Par ce moyen, j'eus toute l'aisance suffisante pour travailler à l'ouverture du sac, que je fis dans l'étendue environ d'un pouce. Quand cette ouverture fut faite, j'essayai, mais en vain, de faire venir la hernie en dehors, en tirant à moi avec mes doigts les deux lambeaux du sac. Il fallut donc me déterminer à finir l'opération d'une façon beaucoup plus laborieuse qu'elle ne l'eût été si la tumeur eût pu être tout à fait à découvert. Je portai mon doigt dans le sac pour en reconnaître la profondeur, et pour m'assurer de la quantité et de l'espèce des parties qu'il contenait : je n'y trouvai que l'intestin dans toute l'étendue que mon doigt pouvait parcourir; mais, comme le sac était trop profond pour pouvoir en sentir l'orifice, je fus obligé de faire une troisième dilatation à l'anneau. Je la fis dans le centre de l'arc qu'il forme dans sa partie supérieure. Cette dilatation, que je fis sans retirer mon doigt, me donna assez d'espace pour l'enfoncer jusqu'à l'orifice du sac. Je m'assurai par ce moyen qu'il n'y avait que de l'intestin renfermé dedans, qu'il n'était point adhérent, mais qu'il était fortement étranglé par son orifice. Je retirai mon doigt, pour que chacun des consultants pût s'assurer du vrai caractère de la tumeur, ce qu'ils firent l'un après l'autre. Nous remarquâmes qu'elle s'étendait tout le long du muscle droit jusqu'à deux petits travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; elle paraissait avoir environ deux

pouces de diamètre dans son fond, et, allant toujours en diminuant jusqu'à son orifice, elle avait la figure d'un cône. Après avoir fait ces remarques, j'essayai encore de l'attirer au dehors. Ces tentatives furent encore inutiles; les adhérences que le sac avait contractées avec les parties sur lesquelles il était posé ne lui permirent pas de sortir; il fallut donc chercher un moyen sûr de lever l'étranglement. A cet effet, je portai le doigt du milieu de ma main gauche jusqu'à l'embouchure du sac, et je conduisis dessus mon bistouri mousse pour faire la dilatation, qui fut exécutée au désir de tous les assistants et à l'avantage du malade.

La singularité de cette hernie n'ayant rien de commun avec toutes les autres hernies ordinaires, ni dans son espèce, ni dans sa situation, il fallut changer tout à fait la méthode générale d'opérer.

Dans les cas ordinaires, il est facile de conduire le bistouri sur le doigt index ; le chirurgien est toujours à portée de voir ce qu'il fait, il ne perd point de vue son instrument ; il est tourné en face de l'ouverture du ventre, son coude étant appuyé sur la partie interne de la cuisse du malade, ayant le dos tourné un peu obliquement du côté des pieds du malade. Mais, dans ce cas-ci, tous ces avantages étaient inutiles ; il fallut travailler sous œuvre et, comme l'on dit, à tâtons. La profondeur du sac et le peu de vide que l'intestin laissait dedans pour faire place à mon doigt m'obligèrent de porter la main

dans le sens opposé à la direction ordinaire, ayant le dos tourné un peu obliquement du côté de la tête du malade, le bras et le coude formant un angle droit avec l'avant-bras, ma main formant aussi un angle droit avec l'avant-bras; j'introduisis mon doigt du milieu dans le sac, jusqu'à la première articulation : cette situation fut la seule dont il était possible de se servir en pareil cas.

Si j'eusse voulu porter ma main dans la direction ordinaire, j'aurais plutôt coupé l'anneau que l'orifice du sac, parce que la situation ordinaire ne permet pas de baisser assez le poignet; je portai le bistouri couché à plat sur mon doigt, pour éviter de couper davantage l'anneau.

Lorsque l'extrémité de mon bistouri fut parvenue au bord de l'endroit rétréci du sac, je l'y fis entrer à la faveur de l'espèce de sillon que laissent entre elles les deux portions de l'intestin replié. A mesure que je poussais le bistouri, j'avançais mon doigt dessous pour m'assurer du trajet que pouvait faire l'instrument, pour mettre l'intestin à l'abri de son tranchant et pour juger de la suffisance de la dilatation. Pendant que j'exécutais ce manuel, un des consultants tenait assujetti à l'intérieur un des lambeaux du sac, de peur qu'il ne s'enfonçât dans le ventre. Je jugeai, par la dilatation que je fus obligé de faire, que l'endroit rétréci du péritoine pouvait avoir quatre ou cinq lignes de largeur. Quand elle fut faite, chacun s'assura qu'elle était suffisante par l'aisance où se

trouva l'intestin. *L'impossibilité qu'il y avait d'introduire deux doigts dans le sac herniaire, pour réduire le boyau, me détermina à le laisser flotter à son gré, dans l'espérance qu'il se retirerait de lui-même dans le ventre.* Je ne crus pas non plus devoir m'occuper de chercher des moyens pour fendre le sac depuis son fond jusqu'à son orifice, cela n'aurait pas été praticable ; d'ailleurs, j'étais en garde contre l'accident qui pouvait en arriver : je n'en parle pas ici, parce que cet accident, aussi ordinaire que peu connu, fait la matière d'un Mémoire très-curieux que mon zèle pour le bien public me fait désirer de publier. Je pansai le malade, et avant que l'appareil fût tout à fait posé, il alla copieusement à la selle ; à la levée du premier appareil, je trouvai l'intestin parfaitement dégagé. Le malade alla toujours de mieux en mieux et fut entièrement guéri au bout d'un mois, sans avoir été troublé par aucun accident, pas même par un seul accès de fièvre.

OBSERVATION XVI

Hernie crurale étranglée. — Opération sans ouverture du sac. — Réduction en masse. — Persistance de l'étranglement. — Débridement du collet du sac. — Abandon de l'anse intestinale dans le sac. — Guérison [1].

En l'année 1730, je fus mandé à Rouen, en Normandie, pour y faire l'opération d'une hernie avec

[1] Arnaud, *Traité des hernies*. Paris, 1749.

étranglement à un financier de cette ville. M. de Manteville, médecin et chirurgien célèbre, qui fut un des consultants du malade sur lequel j'opérai, me demanda mon avis sur l'état d'une femme à qui il avait fait l'opération d'une hernie crurale il y avait trente-six heures, sans que les accidents eussent diminué depuis l'opération. Je lui répondis que je ne pouvais pas en juger sans voir la malade et sans examiner la plaie. Nous y fûmes sur-le-champ avec deux autres chirurgiens; j'introduisis mon doigt dans le ventre, où je sentis l'intestin qui avait été réduit extrêmement durci par les vents qu'il contenait, et je distinguai très-sensiblement le rétrécissement de l'orifice du sac qui serrait fortement l'intestin. Les assistants convinrent du fait, après s'en être assurés les uns après les autres. Je fis ce que je pus pour attirer l'intestin et le sac en dehors, ce qui ne fut pas possible; il fallut donc se déterminer à travailler sous œuvre pour débrider l'étranglement. M. de Manteville me fit l'honneur de me présenter l'instrument, se servant de ces propres termes, que, puisque j'avais découvert le renard, il fallait que je le tuasse.

Je portai mon doigt jusqu'à l'orifice du sac, qui était environ à la profondeur de trois pouces dans le ventre, vers l'épine supérieure et antérieure de l'os iliaque, et je fis la dilatation du sac avec mon bistouri mousse introduit sur mon doigt.

La malade fut à la selle une heure après; tous les

accidents cessèrent, et elle fut guérie dans le terme ordinaire.

OBSERVATION XVII

Hernie scrotale étranglée. — Débridement. — Abandon de l'anse herniée dans la plaie. — Guérison [1].

Un jeune homme fort et vigoureux me pria de lui faire l'opération d'une hernie qu'il portait depuis plusieurs années ; elle était de la grosseur d'un petit melon. Il en était quelquefois incommodé au point de ne pouvoir continuer sa profession ; mais ce ne fut pas ce qui m'engagea à lui faire l'opération.

Après l'avoir refusée pendant bien du temps, il tomba dans l'étranglement, et, loin de s'en affliger, il regarda ce mal comme un bien, puisque cela me déterminerait à lui faire l'opération. En effet, je la jugeai nécessaire, et je n'attendis pas les grands accidents. Ayant invité plusieurs de mes confrères, tant pour leurs conseils que pour leur main, j'incisai la peau, puis j'ouvris le sac ; je débridai l'anneau, et je procédai à la réduction. Mais, après avoir fait rentrer une partie des intestins (c'était le cœcum et une partie de l'iléon), je voulus réduire à proportion autant du mésentère, parce qu'il faut que l'intestin le

[1] J.-L. Petit, *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, p. 111.

suive, et pour cela je fis tenir les intestins renversés sur le dehors du ventre, pour pousser dans l'anneau le mésentère qui était au-dessous ; mais il était trop gros : il aurait fallu couper plus de deux travers de doigt de l'aponévrose de l'oblique interne, outre ce que j'en avais déjà coupé pour débrider suffisamment l'anneau, ce qui aurait fait une ouverture si grande que le reste des boyaux, ou du moins une grande partie, serait sorti par là. Le conseil fut bientôt pris : je proposais de laisser les parties dans l'état où elles étaient. Après avoir rapproché la peau et le sac, j'enveloppai le tout avec des compresses trempées dans la décoction de guimauve, et je soutins ces compresses et la tumeur avec un simple bandage en forme de suspensoir. Les accidents de l'étranglement ne subsistaient plus, parce que j'avais fait un débridement considérable. J'avais mis les parties à l'aise, de manière que les matières stercorales prirent leur cours le soir même. Le malade fut saigné copieusement; il dormit une partie de la nuit. La personne que j'avais laissée auprès de lui avait humecté son appareil de deux en deux heures, avec la même décoction chaude. Je le fis resaigner, quoiqu'il n'eût ni douleur ni fièvre; je ne levai l'appareil que le soir, c'est-à-dire trente heures après l'opération, j'humectai les compresses avant que de les lever, et pour tout pansement j'en appliquai de nouvelles trempées dans la même décoction ; je continuai ce même pansement pendant cinq semaines,

au bout desquelles la plaie fut parfaitement guérie. Alors le malade put marcher au moyen d'un suspensoir plus fort que d'ordinaire, mais cependant très-doux et très-commode. Peu de temps après, il fut en état de reprendre ses travaux accoutumés ; il était domestique dans une auberge.

OBSERVATION XVIII

Volumineuse hernie inguinale étranglée. — Opération. — Impossibilité de réduction. — Abandon de l'anse intestinale dans la plaie après le débridement. — Guérison [1].

Un homme fort replet, âgé d'environ trente ans, était incommodé d'une hernie intestinale ancienne et d'un volume considérable ; il avait négligé depuis un très-long temps de porter un bandage ; la hernie était du côté gauche et distendait excessivement le scrotum. Des accidents d'étranglement exigèrent l'opération; M. Petit y procéda, et elle ne pouvait être confiée à de meilleures mains. Feu MM. Bourgeois, Malaval, Sorbier, Faget, Verdier et M. Ledran y étaient présents.

Quel fut l'étonnement des spectateurs, dit M. Verdier, lorsque, l'intestin étant mis à découvert, toutes

[1] Cas mémorable de feu M. Petit (*Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. IV, p. 316.)

les tentatives que fit l'habile chirurgien pour le réduire furent inutiles! Son volume n'était augmenté ni par des vents, ni par aucune matière retenue; l'anneau, bien débridé, ne faisait aucun obstacle à la réduction; il n'y avait pas lieu de soupçonner l'adhérence intérieure, il n'y avait aucun étranglement de la part du sac herniaire, et l'on portait facilement le doigt dans toute la circonférence de l'anneau dilaté (débridé). Il fallait nécessairement laisser l'intestin au dehors. *Quelques-uns des assistants furent d'avis qu'on emportât la portion qui ne pouvait pas rentrer;* l'issue des matières aurait fait connaître le bout qui répondait à l'estomac, et ils proposaient qu'on le fixât dans l'anneau pour former en cet endroit un nouvel anus, et que l'autre bout fût abandonné après qu'on y aurait fait une ligature.

M. Petit, heureusement pour le malade, n'adopta point ce conseil; il jugea qu'en garantissant de l'impression de l'air la portion d'intestin sortie, elle pourrait dans la suite rentrer peu à peu et d'elle-même, à mesure que l'embonpoint excessif du malade, qu'il regardait comme le principal obstacle à la réduction, diminuerait, tant par les saignées que par la diète sévère.

Dans cette idée, M. Petit chargea M. Faget, alors son élève, des pansements à faire suivant ses vues; ils se borneront à couvrir la portion d'intestin avec des compresses trempées dans une légère décoction de racines de guimauve, en ayant l'attention de for-

mer, par leur moyen, une espèce de poche et de suspensoir, dont l'effet était de rapprocher l'intestin de l'anneau, et de le disposer à rentrer dans le ventre.

Ces pansements étaient réitérés cinq à six fois par jour, et on les continua pendant deux mois. La suppuration des parois de la plaie, la fonte des graisses voisines, la diminution de l'embonpoint général, qui suppose celle de l'épiploon et du mèsentère, produite par les saignées et le régime, comme on l'avait prévu, permirent à l'intestin de rentrer insensiblement de jour en jour dans la capacité du bas-ventre ; la convexité de l'anse intestinale resta au bord de l'anneau ; l'exfoliation de la tunique extérieure de cette portion d'intestin servit de point d'appui à la cicatrice qui se faisait de la circonférence au centre. Le malade guérit par une consolidation parfaite de la plaie, obligé seulement de porter un bandage à pelotte creuse, pour loger la petite portion d'intestin qui n'avait pu rentrer.

OBSERVATION XIX

Hernie cœcale étranglée. — Opération. — Irréductibilité. — Mort. — Autopsie, par M. Porter [1].

Elisa Hannan, âgée de cinquante ans, a été reçue à l'hôpital (Meath Hospital), offrant tous les symptômes d'une hernie étranglée. La tumeur existait à

[1] *Gazette des hôpitaux*, 1839, n° 107.

l'arcade fémorale droite. La femme a déclaré être mère de huit enfants et s'être aperçue pour la première fois de sa hernie, il y a treize ans, à la suite d'une chute d'un escalier. Pendant quinze jours elle avait alors éprouvé des douleurs intenses dans l'hypochondre droit et à l'épigastre. Dans ces entrefaites, une petite tumeur élastique, du volume d'une noisette, s'est déclarée au même endroit que la hernie occupe aujourd'hui. Elle avait été cependant réduite et les souffrances promptement dissipées; un bandage herniaire fut employé depuis, et fut continué pendant plusieurs années, puis enfin abandonné depuis deux ans. Dès cette dernière époque, la hernie reparut très-souvent; mais elle était facilement réduite par la malade, à l'aide de la position couchée et de la main.

Six jours avant son admission à l'hôpital, la femme avait éprouvé une sorte d'effroi, qui avait déterminé l'issue instantanée de la hernie. Dès ce moment elle n'avait pu la faire rentrer.

A l'examen on trouva une hernie fémorale à droite, du volume d'un œuf de poule, dure, immobile et douloureuse au toucher, offrant des élancements irradiatifs jusque dans l'estomac. La peau cependant n'est point très-rouge; le palper ne produit pas autant de douleur que dans les hernies intestinales ordinaires. Abdomen excessivement sensible au toucher, le poids des couvertures étant à peine supporté; constipation, vomissements incessants. L'estomac rejette tout ce

qu'on a pu y introduire. Pouls petit, dur et très-fréquent.

On essaye le taxis et quelques autres moyens pendant six heures, mais sans résultat. L'opération est alors pratiquée par M. Porter, le soir même de l'entrée de la malade.

Pendant l'opération, on n'observe rien de remarquable. On débride et l'on essaye de réduire, mais en vain; l'intestin ne remonte pas. M. Porter déclare aux assistants que la réduction lui paraît impossible, et qu'il ne juge pas prudent d'employer plus de force: il présume que des adhérences contre nature devaient exister vers le collet du sac. Il élargit en attendant les incisions; le doigt passe librement dans l'abdomen, mais la réduction n'est pas pour cela rendue praticable. On s'est néanmoins assuré alors que l'intestin hernié n'offrait point d'adhérences dans le sac, et pourtant qu'il ne remontait point malgré la force considérable qu'on employait pour cela.

On a craint de le faire crever sous le doigt. Une consultation a lieu sur-le-champ, qui décide de ponctionner l'intestin avec une aiguille, dans le but de faire échapper les vents. Cela n'a point été fait cependant.

On se contente, en conséquence, de panser la plaie en rapprochant les bords à l'aide de deux points de suture et en la couvrant légèrement avec un linge.

La malade est remise dans son lit; elle éprouve de suite un frisson intense; la constipation et les vomis-

sements continuent; rien cependant n'annonce une augmentation de l'inflammation, soit locale, soit abdominale. On prescrit une pilule de calomel et opium; un lavement composé d'huile de térébenthine, 1 once; de ricin, 1 once; teinture d'asa fœtida, 2 gros, dans 8 onces de liquide.

Le lendemain, la malade est plus mal. Grande douleur au ventre, mais pas beaucoup plus sur la tumeur. Pouls très-fréquent et petit, langue assez nette et humide, visage pâle, vomissements constants de matière d'un jaune noir et bilieux. L'infirmière déclare que la malade a eu une garde-robe après le lavement. Un des chirurgiens de l'hôpital, qui n'avait pas encore vu la malade, est étonné du détail des faits; il a de la peine à comprendre comment une si petite hernie pouvait être irréductible, alors que la voie de retraite était si libre; il ne peut se l'expliquer qu'en supposant des adhérences dans les parties supérieures.

M. Porter, voulant s'éclairer des lumières de son confrère, défait l'appareil, coupe les sutures et remet l'intestin à découvert : le sac contient une grande quantité de matière purulente; on ne sait si cette matière provient du sac lui-même ou de l'abdomen. On s'assure de nouveau, mais avec beaucoup de ménagement, qu'aucune adhérence appréciable n'existe. On rapproche les parties et on les couvre d'un cataplasme.

La malade est morte dans la soirée.

Nécropsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve beaucoup de sérosité grisâtre et floconneuse, des adhérences réciproques des anses par de la lymphe plastique. La tumeur herniaire est formée par une portion du cœcum *retournée sur elle-même;* de sorte que l'intestin se trouvait, par cette contorsion du cœcum, complétement oblitéré au commencement du colon. La valvule de l'iléon se trouvait exactement sur le collet du sac, de telle sorte que chaque pression exercée sur la hernie tendait à la fermer entièrement, et par conséquent à s'opposer au passage des vents de la tumeur. De là une double cause invincible d'irréductibilité.

OBSERVATION XX

Hernie crurale très-volumineuse étranglée.—Opération —Cavité abdominale rétrécie. — Abandon des anses intestinales dans la plaie. — Péritonite. — Mort.

Le 16 juin 1825, dans l'après-midi, Alary Ducker, âgée de cinquante ans, fut reçue à l'hôpital de Norfolk; elle offrait les symptômes d'une hernie étranglée. Elle raconta que, entre les sept et huit heures du matin, étant occupée à un travail de ménage, elle eut tout à coup la sensation de quelque chose qui glissait dans une tumeur volumineuse qu'elle portait à l'aine depuis longtemps, et qu'elle fut

prise à l'instant même de nausées, de vomissements et de douleurs très-vives dans l'abdomen. A cinq heures, les symptômes étaient suffisamment caractérisés, mais peu pressants. La hernie, qui siégeait du côté droit, présentait un volume énorme: c'est la plus volumineuse hernie que j'aie jamais observée chez une femme. Elle descendait jusqu'à la partie moyenne de la cuisse, qu'elle croisait dans une direction oblique, occupant la presque totalité de l'espace compris entre l'épine iliaque antérieure et supérieure droite et la tubérosité de l'ischion. Mesurée dans ce sens, elle avait quinze pouces et demi de longueur; dans le sens de son petit diamètre, c'est-à-dire de haut en bas, sa longueur était de huit pouces et demi; elle aurait pu contenir de trois à quatre pintes de liquide.

Cette hernie existait depuis huit années. Depuis cette époque, elle était irréductible, et avait été complétement négligée, la malade n'ayant porté aucune espèce de bandage.

La hernie était molle et flasque, uniforme, excepté au niveau de son collet; elle était dans le même point très-sensible au toucher, une pression très-forte exercée sur elle ne causait que peu de douleur. Le ventre était aplati; la capacité abdominale était considérablement rétrécie, par suite, sans aucun doute, de l'absence longtemps prolongée d'une masse aussi considérable des viscères habituellement contenus dans l'abdomen.

Les caractères distinctifs de la hernie n'étaient pas manifestes.

Le collet de la tumeur ne paraissait point situé au-dessous du niveau de la tubérosité du pubis; sa largeur était tellement considérable, qu'on pouvait à peine dire que le collet fût situé en dehors de cette éminence. Toutefois, quand on attirait fortement en bas la tumeur, on pouvait apercevoir quelque chose de semblable à la ligne résistante que forme l'arcade crurale. Cette dernière circonstance, jointe à ce que la hernie existait chez une femme, me détermina à considérer la tumeur comme une hernie crurale.

L'opération fut pratiquée à sept heures du soir.

Je fis aux téguments, un peu en dedans des vaisseaux cruraux, une première incision d'environ cinq pouces de longueur. De l'extrémité inférieure de cette incision, j'en fis partir une seconde, dirigée transversalement, suivant en cela le procédé opératoire de sir A. Cooper, procédé qu'on ne saurait trop préconiser. Les lambeaux furent détachés avec soin d'avec le fascia sous-jacent, qui, étant incisé, laissa le sac à découvert.

Je me vis obligé, non sans quelques regrets, d'ouvrir largement ce dernier, et tout à coup il se présenta à moi une masse intestinale considérable, comprenant un cinquième de ceux des viscères de l'abdomen qui sont flottants dans cette cavité.

Il était facile de distinguer les parties récemment déplacées de celles qui formaient la hernie perma-

nente et irréductible. Ces dernières consistaient dans le tiers au moins du colon, avec la totalité du cœcum joint à son appendice. Ces intestins étaient à peine altérés dans leur couleur, mais présentaient une texture ferme et charnue, évidemment anormale.

Les parties récemment déplacées consistaient en une énorme portion de l'iléon et n'offraient que de légères traces d'inflammation; il n'existait aucune adhérence ni des anses intestinales entre elles, ni des intestins et de la surface du sac. L'étranglement siégeait au bord antérieur du ligament de Popart; il fut débridé largement en haut et en dedans, le bistouri étant guidé sur le doigt indicateur de la main gauche. Le ligament de Gimbernat, facile à distinguer au toucher, n'offrit aucune résistance notable; mais la diminution de capacité qu'avait subie la cavité abdominale rendit la réduction impossible. On fut donc obligé de replacer l'intestin dans le sac herniaire, ce que l'on fit avec soin, après quoi les bords du sac furent rapprochés par des points de suture et des bandelettes agglutinatives. Aucun vaisseau important ne fut ouvert, et il ne survint aucun accident durant l'opération.

Néanmoins il ne se fit aucune amélioration dans l'état des symptômes, qui, tout au contraire, acquirent au bout de quelques heures une intensité beaucoup plus grande, et, en dépit d'un traitement énergique, la mort survint dans la matinée du 19 juin, soixante-douze heures après le début des symptômes et soixante heures après l'opération.

Autopsie douze heures après la mort.

Les muscles abdominaux, ainsi que les téguments du sac herniaire et de la partie supérieure de la cuisse, furent enlevés avec les mêmes soins que pour la démonstration anatomique des parties qui jouent un rôle dans la hernie crurale. Cette préparation mit à découvert l'origine de la tumeur, origine qui siégeait dans le lieu ordinairement occupé par la hernie crurale. L'arcade crurale passait manifestement au-dessus de cette origine. L'anneau inguinal était situé à son côté interne et un peu au-dessus. Les bords de l'ouverture qui avait été pratiquée au sac herniaire furent écartés de nouveau, et l'on put voir les parties que contenait le sac. Celles-ci conservaient à peu près la même situation que celle qu'elles occupaient lorsqu'on les avait mises à découvert. Toutefois leur aspect était considérablement changé. Tous les intestins déplacés étaient fortement colorés, par suite de l'inflammation; leurs circonvolutions étaient agglutinées entre elles au moyen de fausses membranes très-épaissies, et la surface interne du sac adhérait sur tous les points à la surface péritonéale des intestins. Le moyen d'union consistait dans de fausses membranes de la même nature que celles qui faisaient adhérer les intestins entre eux. Ces membranes offraient peu de consistance et se déchiraient facilement. On rencontra aussi sur différents points de petites masses insuliformes de lymphe coagulable déposée à la surface des intestins.

La surface péritonéale des intestins qui étaient restés dans le ventre offrait çà et là de légères traces d'inflammation; mais il n'y avait dans la cavité abdominale ni épanchement sanguin, ni épanchement d'aucun autre liquide [1].

OBSERVATION XXI

Hernie étranglée. — Opération. — Débridement. — Impossibilité de réduction. — Abandon de l'anse intestinale dans la plaie. — Mort [2].

En l'année 1725, je fus mandé à Argenteuil, village à dix ou douze milles de Paris, par un chirurgien du lieu, pour y voir un malade à qui il avait fait l'opération d'une hernie complète deux jours auparavant, sans avoir pu faire rentrer l'intestin qui composait seul la tumeur. Il n'y avait aucune adhérence à l'extérieur; l'anneau avait été si bien dilaté qu'il me fut facile de faire rentrer mon doigt dans le ventre, et bien avant, sans y avoir aperçu ce qui s'opposait à la rentrée de l'intestin. Le malade mourut le même jour.

Je fis l'ouverture du cadavre: je trouvai trois

[1] A. Cooper, *Traité des hernies*. Observation 277, communiquée par M. Dalrymphe.

[2] Arnaud, *Traité des hernies*. Paris, 1749.

brides d'une substance et d'une couleur pareilles à celles des parties tendineuses, de la grosseur des moyennes cordes d'un violon; elles étaient rangées toutes trois sur la même ligne, mais elles étaient de différentes longueurs: la plus petite avait environ trois lignes de long, celle qui suivait en avait quatre ou cinq, et la troisième sept ou huit. Elles étaient attachées, d'un côté, à la partie du mésentère qui était la plus proche de l'intestin sorti; elles le tiraient du côté de la ligne blanche, où elles allaient s'implanter obliquement dans la substance du péritoine.

OBSERVATION XXII

Hernie inguinale étranglée. — Opération. — Adhérences intestinales. — Abandon de l'anse intestinale dans la plaie[1].

Un jour entre autres, en faisant l'opération d'une hernie ancienne et fort grosse, après avoir fait l'incision pour découvrir le sac, j'eus beaucoup de peine à en détacher une partie, et je prévis que je n'aurais pas moins de peine à en détacher le reste, car, quoique dans l'état naturel la séparation de ce tissu se fasse avec facilité, elle devient très-difficile dans le cas dont il s'agit, car alors le tissu n'obéit point;

[1] J.-L. Petit, *Traité des maladies chirurgicales*, p. 675.

c'est pourquoi, ne pouvant les séparer qu'avec peine et en causant beaucoup de douleur, et de plus les parties renfermées paraissant adhérentes au sac, je me déterminai à laisser ces adhérences, et me contentai, sans ouvrir le sac, de débrider assez l'anneau pour réduire tout ce qui put rentrer sans violence, laissant le surplus aux soins de la nature.

OBSERVATION XXIII

(Par Agasse, chirurgien à Saint-Servan.)

Hernie crurale étranglée. — Débridement. — Adhérences intestinales. — Abandon de l'intestin dans la plaie. — Curieux détails[1].

Mme Maisonneuve-Collet, de la ville de Saint-Servan, âgée de soixante-cinq ans, maigre et épuisée, éprouva, le 29 janvier 1790, des accidents que les gens de l'art appelés pour la soulager crurent d'abord l'effet de l'étranglement d'une hernie. Les réponses que la malade fit à leurs questions leur persuadèrent ensuite que les symptômes qu'ils remarquaient dépendaient en effet d'un volvulus, mais que ce volvulus avait lui-même une autre cause que l'étranglement herniaire. Cependant la continuité des accidents et l'inutilité des remèdes usités en pa-

[1] *Journal de chirurgie*, de Desault, t. III, p. 135.

reilles circonstances ramenèrent bientôt le médecin et le chirurgien à leur première opinion. Leurs instances auprès de la malade, longtemps infructueuses, la décidèrent enfin, le dix-septième jour, à permettre qu'on examinât les parois du bas-ventre. Elle avoua alors qu'elle portait depuis treize à quatorze ans, vers l'aine gauche, une petite tumeur qui ne rentrait pas, et qu'elle avait cachée jusqu'alors, parce qu'elle ne l'incommodait point. Cette tumeur avait en ce moment le volume et la forme d'un gros œuf de poule, et l'inspection ne laissa point douter qu'elle ne fût une hernie crurale étranglée.

Après quelques tentatives de réduction, on jugea l'opération indispensable, et je fus appelé le jour même pour la pratiquer; cependant l'obstination de la malade nous obligea de la différer jusqu'au lendemain, dix-huitième jour des accidents.

Pour opérer plus commodément, nous disposâmes la malade sur un lit de repos, la cuisse fléchie et le tronc un peu élevé par des oreillers. Je me plaçai à sa droite, et, comme elle avait eu plusieurs enfants et qu'elle était très-maigre, il fut facile de faire à la peau un pli transversal à la direction de la tumeur, dont un de nos confrères se chargea de soutenir une extrémité, tandis que j'élevais l'autre entre le pouce et le doigt indicateur de la main gauche. Je coupai ce pli d'un seul coup de bistouri, et mis ainsi toute la tumeur à découvert.

Le sac herniaire adhérait fortement aux parties

environnantes par sa face postérieure. Son épaisseur et sa tension ne permirent pas de le saisir avec la pince à disséquer, et je fus obligé de l'ouvrir à sa partie interne et inférieure avec la pointe du bistouri, me tenant d'autant plus sur mes gardes qu'on ne sentait point l'ondulation du fluide qui l'éloignait de l'intestin.

Ensuite j'achevai de diviser le sac dans toute sa longueur sur la sonde cannelée. On aperçut alors l'intestin étranglé. Il était très-enflammé, et ses parois avaient acquis à peu près la même épaisseur que la portion du péritoine qui l'enveloppait.

Il se présenta alors une nouvelle difficulté : l'intestin était collé au péritoine, et celui-ci avait contracté de fortes adhérences avec toute la circonférence de l'anneau, de sorte que la plus petite *sonde à panaris* ne pouvait passer entre ces parties. Je me vis obligé de diviser sur l'ongle quelques fibres des ligaments de Fallope, pour pouvoir introduire la sonde cannelée, à l'aide de laquelle j'achevai ensuite de lever l'étranglement.

Nous ne pûmes détruire les adhérences, ni, par conséquent, réduire l'intestin ; mais, persuadés que la cause comprimante n'existait plus, nous couvrîmes la plaie d'un morceau de linge fin percé de petits trous, sur lequel on appliqua un gâteau de charpie et deux compresses longuettes, soutenues par le bandage triangulaire, et l'appareil fut arrosé d'une décoction d'orge miellée. On jugea encore à

propos de tenir continuellement sur le bas-ventre une flanelle imbibée d'eau de guimauve, quoiqu'on ne remarquât pas beaucoup d'élévation ni de tension à l'abdomen.

On permit à la malade un peu de bouillon, et l'on ordonna pour boisson la limonade tiède.

Le reste de la matinée se passa tranquillement ; il y eut même une heure et demie de sommeil ; le vomissement reparut cependant quatre heures après l'opération. La malade ressentit encore quelques coliques et vomit encore deux fois. On lui donna dans la journée trois lavements de bouillon, sur le conseil de son chirurgien ordinaire.

La nuit suivante fut beaucoup plus calme que les précédentes, quoiqu'il n'y eût point eu d'évacuation ; mais les accidents redevinrent le lendemain aussi violents qu'avant l'opération. Cependant, après qu'on eut fait prendre à la malade quelques verres de petit-lait, il passa par les selles une petite quantité de matières jaunâtres semblables à celles qui étaient rejetées par le vomissement. On profita de ce moment pour donner une once de manne, qui ne produisit aucun effet.

Les symptômes devinrent encore plus alarmants le troisième jour, quoique l'intestin ne fût pas serré dans l'anneau, et qu'il n'y eût ni tension ni douleur à l'abdomen. La suppuration commençait alors à s'établir dans la plaie.

Le quatrième jour, comme les hoquets et les vomis-

sements étaient encore plus rapprochés et tous les accidents plus vifs que les jours précédents, je soupçonnai un rétrécissement considérable à la portion inférieure de l'intestin. J'imaginai, en conséquence, qu'il serait possible de prolonger les jours de la malade, ou du moins de diminuer ses souffrances, en donnant une issue facile aux matières par l'ouverture de l'anse d'intestin qui se trouvait dans la plaie. Je crus en cela me rapprocher de la marche de la nature, qui, lorsqu'elle est abandonnée à elle-même dans un cas semblable, s'ouvre quelquefois une nouvelle route par la gangrène de l'intestin du sac et de la peau. Le chirurgien ordinaire et celui qui m'avait aidé dans l'opération pensèrent qu'on pouvait sans témérité hasarder cette opération, dans une circonstance où l'art n'offrait plus d'autre ressource.

Je fendis donc, suivant sa longueur, cette portion d'intestin, sans même que la malade s'en aperçût, *quoique cette partie fût très-vive.* Les lèvres de la plaie se contournèrent aussitôt sur elles-mêmes et formèrent de chaque côté un bourrelet considérable. Il sortit en même temps des vents avec un peu de matière. Je fus ensuite assez heureux pour découvrir, au moyen de la sonde, la portion supérieure de l'intestin, dans laquelle je portai une longue tente, à l'aide d'une sonde à femme.

La malade, comme je l'avais prévu, se trouva soulagée immédiatement après cette opération. Tous

les accidents se calmèrent aussitôt, à l'exception du hoquet, qui se soutint encore quelque temps.

Cinq heures après, l'appareil était imbibé d'une matière jaunâtre, très-fluide, qui sortit encore en plusieurs jets, avec beaucoup d'air, dans l'instant où je retirai la tente que j'avais portée dans la portion supérieure de l'intestin. Cette tente fut aussitôt remplacée par une nouvelle, et j'y fus déterminé par la crainte d'une évacuation trop grande et trop forte. La malade était alors parfaitement bien, elle avait dormi depuis le moment de l'opération ; le pouls était beaucoup meilleur et les hoquets s'éloignaient de plus en plus. La nuit suivante fut aussi bonne qu'on pouvait le désirer.

Je trouvai le lendemain l'appareil imbibé d'une grande quantité de matières semblables à celles de la veille, et j'eus soin, dans le pansement, de garantir de leur contact les bords de la plaie, en les couvrant d'onguent rosat. Je permis alors d'ajouter au bouillon un peu de crème de riz, et de donner de temps en temps une cuillerée à café de vin d'Espagne.

La malade se trouva sans fièvre à dix heures du soir ; elle reprenait déjà des forces, et les évacuations devenaient abondantes ; la nuit fut parfaitement tranquille.

Le troisième jour au matin, mes confrères, voyant les forces se rétablir, proposèrent deux onces de manne fondue dans du petit-lait. La malade prit aussitôt la moitié de cette potion, quoique je m'y op-

posasse fortement. Des évacuations abondantes s'établirent une heure après, et se succédèrent continuellement, sans qu'on pût parvenir à les modérer. Le vin d'Espagne, le diascordium, les cordiaux et les astringents les plus forts, tout fut inutile. La malade s'affaiblit aussitôt ; les syncopes se suivirent sans interruption, et cette malheureuse femme périt au bout de soixante heures, le cinquième jour de l'ouverture de l'intestin.

Les parents consentirent à l'ouverture du bas-ventre. Je trouvai le jejunum dilaté au point que sa circonférence était de sept pouces et demi. Cet intestin n'était point enflammé, mais ses parois avaient plus d'épaisseur que dans l'état naturel. Il se contournait sous une circonvolution plus voisine de l'anus, auprès de l'arcade crurale, à la partie inférieure et interne de laquelle il était très-adhérent.

Depuis cette adhérence jusqu'au cœcum, le reste des intestins grêles était fort rétréci. Les gros intestins, qui avaient été distendus par des lavements fréquents, ne l'étaient pas autant proportionnellement. Le duodénum avait subi le même changement que le jejunum. L'estomac était aussi très-ample. Je mesurai, depuis l'origine du duodénum jusqu'à l'arcade crurale, cinq pieds deux pouces d'intestin rempli d'air et d'un peu de matière.

La dissection de l'arcade crurale fit voir que l'incision avait produit un écartement considérable ;

que, par conséquent, l'étranglement était levé et que l'intestin n'éprouvait plus aucune compression.

OBSERVATION XXIV

Hernie inguinale étranglée. — Débridement. — Abandon de l'anse herniée dans la plaie. — Guérison.

Frédéric Schomann entra à l'hôpital le 4 septembre 1794, ayant depuis dix ans une hernie inguinale qui s'était étranglée depuis quatre jours. Les symptômes de l'étranglement n'étaient pas tellement intenses que l'on ne pût tenter la réduction par les moyens ordinaires; cependant ces moyens n'eurent aucun succès, et le lendemain je fis l'opération. La hernie était formée par l'épiploon et par une anse d'intestin; quoique cette dernière fût d'un rouge brun, je crus devoir la repousser dans le ventre; mais, tandis que j'en opérais la réduction, je m'aperçus, lorsque déjà elle était entrée en grande partie, qu'elle adhérait d'une manière très-intense à la paroi postérieure et au col du sac herniaire, dans une étendue d'environ deux pouces. Je détruisis la partie inférieure de cette adhérence, qui avait une forme triangulaire, et je laissai intacte sa partie supérieure, qui correspondait à l'anneau inguinal. Le soir, le malade eut deux évacuations alvines, qui furent provoquées par un lavement. Le lendemain, il

se plaignit de fortes douleurs de ventre; on lui fit une large saignée et des embrocations sur le ventre avec l'huile de camomille.

Le huitième jour, les souffrances étant encore très-vives, je prescrivis une nouvelle saignée; les douleurs se propagèrent jusque dans la hernie, mais le lendemain elles diminuèrent; le pouls devint mou et lent; les évacuations alvines revinrent à leur état naturel. A la levée de l'appareil, on ne put juger de l'état de la plaie, parce que, la suppuration n'étant pas encore bien établie, les plumasseaux ne se détachèrent pas complétement. Le dixième jour, le malade n'éprouvait plus aucune souffrance et se trouvait bien sous tous les rapports. En renouvelant l'appareil, on observa que la portion adhérente de l'intestin était rentrée en grande partie dans le ventre; il n'en restait plus qu'environ un pouce dans la plaie. Le 25 septembre, il n'était plus possible de l'apercevoir; la plaie avait un fort bon aspect, et l'on pouvait regarder la convalescence comme assurée [1].

OBSERVATION XXV

Hernie inguinale étranglée. — Débridement. — Abandon de l'anse herniée dans la plaie. — Guérison.

Un religieux, âgé de cinquante ans, avait depuis

[1] Richter, *Journal de l'Oder*, 1.

sa jeunesse une hernie scrotale du côté gauche, pour laquelle il n'avait jamais porté de bandage, quoique, dans ces derniers temps, il éprouvât des coliques presque continuelles. Comme il faisait un effort considérable pour lever un fardeau, sa hernie augmenta tout à coup de volume et s'étrangla. L'intensité des symptômes me détermina à entreprendre sans délai l'opération. Après avoir fait cesser l'étranglement par l'incision de l'anneau et du cul-de-sac herniaire, je parvins facilement à réduire la portion de l'anse intestinale qui était descendue récemment dans la hernie; mais, lorsque je voulus faire entrer le reste, je trouvai l'intestin adhérent d'une manière si intime à la paroi postérieure du sac herniaire, environ un pouce au-dessous de l'anneau inguinal, qu'il eût été impossible de le séparer sans courir risque de l'entamer. Alors, abandonnant toute tentative de réduction, je me contentai de couvrir l'intestin avec les côtés du sac herniaire, et d'appliquer sur la plaie des compresses imbibées d'eau tiède, en attendant qu'on eût préparé une décoction de mauve, dont je chargeai un élève d'humecter l'appareil plusieurs fois dans la journée et pendant la nuit.

Les symptômes de l'étranglement disparurent aussitôt après l'opération, et au bout de quelques heures le malade eut d'abondantes évacuations, qui furent entretenues par des lavements.

Le sixième jour, la suppuration paraissant bien établie dans la plaie, je levai l'appareil avec pré-

caution, et je remarquai que l'intestin s'était déjà un peu rapproché de l'anneau ; le même traitement fut continué. Le neuvième jour, la portion d'intestin qui restait encore au dehors était couverte de granulations rougeâtres ; trois jours après, elle avait disparu et s'était cachée entièrement derrière l'anneau. Enfin, dans l'espace de trois semaines à compter de cette dernière époque, la guérison était parfaite ; il ne restait plus de trace de la tumeur [1].

OBSERVATION XXVI

Hernie inguinale étranglée. — Opération sans ouverture du sac. — Réduction incomplète. — Guérison.

Charles Becgey, âgé de quarante-cinq ans, entra à l'hôpital Saint-Thomas, le mercredi 4 février 1803, pour une hernie étranglée. Cette hernie, qu'il portait depuis sa plus tendre jeunesse et qui s'était produite à la suite d'un coup sur le pommeau d'une selle, avait toujours été réductible en grande partie, mais non en totalité. En effet, après qu'il avait vidé le sac autant qu'il le pouvait, il y restait encore quelque chose qui était très-appréciable au toucher. Le lundi 31 janvier, pendant que le malade était à son travail,

[1] Scarpa, 11e Mémoire. XXVIII.

la hernie cessa dès lors d'être réductible ; presque aussitôt il fut pris de coliques et de vomissements.

Le 1er février, augmentation de tous les symptômes; selles très-peu abondantes et présentant la quantité de matière que l'on pouvait supposer contenue dans le gros intestin au-dessous de l'étranglement. Cette supposition devint très-vraisemblable, car le malade n'éprouva aucun soulagement de ces évacuations. Les jours suivants, les symptômes allèrent en s'aggravant jusqu'au moment où le malade entra à l'hôpital.

M. Birch, dans le service duquel il était placé, étant absent, je fus chargé de le remplacer.

La tumeur était énorme et s'étendait jusque vers le milieu de la cuisse ; elle était dure et très-douloureuse à la pression. L'abdomen était dur et tendu, mais peu douloureux. Le malade avait des nausées, vomissait par intervalles et n'avait pas eu de selles depuis le mardi. On fit en vain plusieurs tentatives de réduction. L'état du malade ne permettait pas qu'on pût espérer lui sauver la vie sans pratiquer l'opération. Mais cette ressource même semblait désespérée, eu égard à l'âge du malade, au volume de la tumeur et à l'état d'adhérence des parties que celle-ci renfermait. A tant de circonstances défavorables se joignait une toux habituelle, qui s'opposait presque invinciblement à ce que les viscères déplacés pussent être maintenus dans la cavité abdominale après leur réduction.

D'après ces considérations, je voulus m'assurer, avant d'ouvrir le sac, s'il était possible de diviser l'anneau et les parties situées au-dessus de lui ; je résolus, en outre, de chercher à replacer la portion réductible de la hernie sans mettre à nu les parties qui constituaient cette hernie.

Dans ce but, je pratiquai une incision de trois pouces de longueur immédiatement sur l'anneau inguinal, que je mis à découvert, ainsi que le fascia qui en naît. Je fis ensuite à ce fascia une ouverture suffisante pour introduire une sonde cannelée, que je fis glisser au-dessous de l'anneau inguinal entre cet anneau et le sac. Passant alors sur ce dernier un bistouri boutonné courbe, je divisai cet anneau. J'introduisis ensuite le doigt, et, sentant quelque résistance due au muscle transverse, je conduisis le bistouri sur la sonde jusque dans ce point; après ce second débridement, j'eus la satisfaction de voir qu'une pression légère suffisait pour faire rentrer dans l'abdomen toute la partie non adhérente de la hernie; cette partie fut, en effet, réduite avec gargouillement aussitôt que j'eus appliqué la main sur la tumeur. Le malade éprouva promptement du soulagement. Les bords de la plaie furent rapprochés et on le plaça dans son lit.

Seize heures après l'opération, tous les symptômes d'étranglement avaient disparu; la plaie était à peine douloureuse. Une circonstance qui me permit de juger combien la pratique que j'avais adoptée est

convenable, c'est que, pendant la toux, la tumeur augmentait considérablement de volume, et que l'intestin, bien que facile à réduire, descendait de nouveau à chaque quinte de toux. Le degré de pression que les parties pouvaient supporter était tout à fait insuffisant pour maintenir l'intestin dans l'abdomen. Dans le cas présent, ce déplacement fut sans gravité ; mais, si le sac avait été ouvert, l'irritation portée sur les parties qu'il contenait aurait probablement entraîné de fâcheuses conséquences.

Le malade n'éprouva aucun symptôme défavorable. Au bout d'une semaine, il put supporter l'application d'un bandage lacé. Au bout de trois semaines, la plaie était parfaitement cicatrisée [1].

OBSERVATION XXVII

Hernie ombilicale étranglée. — Opération. — Adhérences intestinales. — Abandon des anses intestinales dans la plaie. — Guérison.

Mistriss Herbert, âgée de quarante-quatre ans, fit appeler M. Hunter à deux heures et demie du matin, le 18 mars 1804. Elle n'avait point de selles depuis trois jours et avait été prise d'une violente douleur, qui avait son siége au niveau de l'ombilic et s'éten-

[1] A. Cooper, *Traité des hernies*, observation 241e.

dait transversalement à la partie supérieure de la cavité de l'abdomen.

Elle portait depuis longtemps une hernie ombilicale irréductible, qui, dans ce moment, paraissait distendue et était un peu douloureuse au toucher. Elle avait de fortes éructations, des vomissements fréquents et de violentes douleurs dans l'abdomen; le pouls était petit et dur. (Calomel et coloquinte, huile de ricin et autres purgatifs de la même classe.)

Le samedi 19, je fus appelé parce que le même état persistait. Je vis la malade à quatre heures du matin, avec MM. Elliot et Hunter. La tumeur était tendue et douloureuse au toucher, mais, après une pression très-forte et très-prolongée, il me sembla qu'elle était devenue un peu plus molle. (Lavement de tabac, application de glace sur la tumeur, calomel et coloquinte unis à l'opium.)

Le même jour, à l'heure où je vis la malade, elle souffrait moins, le pouls était moins fréquent et moins dur, mais elle n'avait pas eu de selle.

A onze heures du soir, la douleur ayant augmenté, elle me fit appeler. Le pouls était plus fréquent; elle avait de fréquentes éructations et parfois des vomissements; elle n'avait point encore eu de selle; la tumeur était sensible au toucher et l'abdomen douloureux à la pression.

Comme il devenait évident que l'inflammation s'étendait à l'abdomen et que bientôt il serait trop

tard pour que l'opération pût offrir quelques chances de succès, je la proposai immédiatement.

Je fis une petite incision à la partie supérieure de la tumeur, vis-à-vis de l'ombilic, et je divisai une grande quantité de graisse qui se trouvait entre la peau et le sac herniaire. Le sac étant alors mis à nu, j'y pratiquai une très-petite incision, et j'aperçus l'intestin qui adhérait à sa surface interne ; je ne trouvai pas de liquide dans le sac, quoique l'intestin n'adhérât pas généralement. Je passai le doigt le long de la surface de l'intestin jusqu'à l'orifice du sac, et je trouvai que je pouvais le glisser jusque dans la cavité de l'abdomen, quoique avec difficulté, mais sans dilater l'orifice.

Me guidant sur ce doigt, je conduisis un bistouri boutonné dans l'orifice de la hernie, et je dilatai celui-ci en haut dans une étendue suffisante pour permettre au doigt de passer facilement dans l'abdomen, sur le côté des intestins, en un mot assez pour que ceux-ci fussent délivrés de toute compression. Mais, l'intestin étant adhérent à la surface interne du sac, de telle sorte qu'il aurait fallu pratiquer une large ouverture et se livrer à une dissection très-longue, je pensai qu'il était préférable de laisser l'intestin adhérent et de rapprocher les bords de la plaie.

En conséquence, je fermai au moyen d'une suture la petite place que j'avais faite, et je la recouvris avec un emplâtre agglutinatif.

Le pouls devint extrêmement fréquent pendant

l'opération et continua ainsi jusqu'au moment où je quittai la malade, à une heure moins un quart du matin ; les éructations continuaient aussi; mais, ainsi qu'elle le disait elle-même, elles étaient moins douloureuses.

Le dimanche 20, à dix heures du matin, la douleur de l'abdomen avait disparu ; il y avait eu une selle trois quarts d'heure après mon départ, et, depuis ce moment, les évacuations alvines s'étaient renouvelées plusieurs fois. Toutefois le pouls était à 120 et la tumeur était enflammée ; je prescrivis un cataplasme.

A dix heures du soir, je vis la malade avec le docteur Lettson. Le pouls était alors parfaitement bien, la malade avait eu plusieurs selles, les éructations avaient cessé. (Purgatif salin et magnésie, pour combattre une sensation de chaleur dans l'estomac.)

Le 21, abdomen tout à fait indolent; pouls mou et presque naturel; selles nombreuses. (Opium et, à raison de l'état d'inflammation de la tumeur, cataplasme en permanence).

Le 22, la malade, ayant eu des vomissements, prit dans la nuit de l'opium avec du sulfate de magnésie. La nuit fut bonne ; dans la matinée, il y avait de l'amélioration ; le pouls était moins fréquent que la nuit précédente ; la tumeur était moins dure, mais la peau qui la recouvrait était légèrement enflammée et semblait disposée à se gangréner sur les bords ; la

langue était un peu chargée et la peau un peu moite. (Cataplasme de marc de bière sur la tumeur.)

Le 23, elle eut un peu de fièvre. (On augmenta les aliments de la malade et on lui permit une petite quantité d'ale.)

L'ale produisit des selles, et la malade fut obligée de prendre de l'opium.

Le 25, peau chaude, pouls plein et fréquent, vomissements pendant la nuit. L'administration de l'opium suspendit immédiatement les vomissements et rendit les sensations de la malade moins pénibles.

Le 26, la malade eut plusieurs selles; les points de suture semblaient près de tomber: je les enlevai, à l'exception d'un seul; les lèvres de la plaie présentaient un bon aspect.

Le 27, le dernier point de suture tomba.

Le 29, la plaie paraissait marcher rapidement vers la cicatrisation, sous l'influence des cataplasmes.

Le 15 juin, la malade était parfaitement rétablie [1].

OBSERVATION XXVIII

Hernie scrotale étranglée. — Opération. — Adhérences solides. — Abandon de l'anse intestinale dans la plaie. — Guérison.

John Ruby, marin, âgé de trente ans, entra à l'hôpital Saint-Thomas, le mardi 3 janvier 1815,

[1] A. Cooper, *Traité des hernies*. Observation 308.

pour une hernie scrotale qu'il ne pouvait plus réduire depuis le vendredi précédent. Il fit connaître les détails suivants sur sa maladie : A l'âge de neuf ans, il avait eu un catarrhe accompagné de toux très-violente, et il fut pris, au moment où il descendait dans l'écoutille d'un vaisseau, d'une quinte de toux qui détermina la production d'une hernie pour laquelle, d'après l'avis d'un chirurgien, il porta un bandage pendant quelques années. Mais, ce bandage lui paraissant incommode, il s'adressa à un homme qui lui conseilla de l'abandonner entièrement à l'âge de vingt ans, s'il n'était pas, à cet âge, guéri de sa hernie. Il suivit ce conseil, et n'éprouva rien de fâcheux jusqu'au vendredi qui précéda son entrée à l'hôpital, époque où il lui devint impossible de la réduire, comme il l'avait toujours fait, dans la position horizontale. Le malade avait le hoquet et ne pouvait supporter la plus légère pression sur l'abdomen; le pouls était à 150. Les moyens ordinaires de réduction ayant échoué, on recourut à l'opération, qui fut pratiquée par Henry Cline, dans le service duquel le malade était placé[1].

En incisant ce qu'on avait supposé être le sac herniaire, on donna issue à un liquide semblable à celui de l'hydrocèle. C'était, en effet, un cas d'hydrocèle, car on avait ouvert la tunique vaginale. En dilatant légèrement cette ouverture, on rencontra une tu-

[1] A. Cooper, *Traité des hernies*. 184e observation.

meur dont les parois avaient, comme on s'en assura plus tard, d'un huitième à un quart de pouce d'épaisseur. Il sortit de cette tumeur un liquide semblable au premier pour la couleur, mais très-fétide. Cette tumeur était formée par la tunique vaginale du cordon, dont l'aspect avait été considérablement altéré par la déposition d'une couche épaisse de lymphe qui lui donnait l'apparence du caoutchouc.

L'intestin avait contracté des adhérences solides avec les parties environnantes. Le doigt suffit pour faire cesser l'étranglement. M. Cline, craignant de déterminer une inflammation trop vive, ne crut pas devoir essayer de rompre les adhérences d'une manière assez complète pour pouvoir réduire l'intestin. La plaie fut pansée à plat ; le malade fut reporté dans son lit; il éprouva quelques douleurs abdominales, que l'on combattit par des fomentations. Il ne tarda pas à entrer en convalescence et quitta l'hôpital complétement rétabli, portant un bandage à pelotte concave pour soutenir le scrotum.

OBSERVATION XXIX

Hernie étranglée très-volumineuse. — Opération. — Adhérences anciennes. — Abandon des anses intestinales dans la plaie. — Guérison [1].

Un ouvrier, âgé de près de soixante ans, me fit

[1] A. Cooper, *Traité des hernies*. Observation 243e, communiquée par M. Carpenter.

appeler. Quand je le vis, il présentait les symptômes d'une hernie étranglée ; d'après son récit, cette hernie était irréductible depuis de nombreuses années. C'est, autant qu'il m'en souvient, la plus volumineuse hernie que j'aie vue. Je tentai les moyens ordinaires de réduction, mais ce fut sans succès, et il fut nécessaire de recourir à l'opération pour mettre l'intestin en liberté.

Au moment où le sac fut ouvert, une masse considérable d'intestin et une petite portion d'épiploon se présentèrent tout à coup.

L'étranglement étant divisé, j'essayai de réduire l'intestin, mais je trouvai des adhérences si étendues, à cause de l'ancienneté de la hernie, que je ne crus pas devoir chercher à les détruire. Le volume de la hernie était tel, qu'on ne pouvait rapprocher assez les téguments pour recouvrir l'*intestin, qui, par conséquent, resta à nu dans le sac.*

Dans cet état, on replaça le malade dans son lit, en recouvrant l'intestin avec de la charpie. *Contre toutes mes prévisions,* les symptômes s'améliorèrent rapidement et il y eut des selles naturelles. La charpie qui avait été appliquée sur l'intestin y resta adhérente, et celui-ci se couvrit bientôt de bourgeons charnus. J'eus le plaisir de voir l'intestin perdre une partie de son volume dans la cavité du sac, en sorte que, au moyen d'emplâtres agglutinatifs, il me fut bientôt possible de ramener les téguments sur lui. La plaie se cicatrisa rapidement, et en

moins d'un mois le malade reprit ses occupations ordinaires.

OBSERVATION XXX

Hernie ventrale étranglée. — Opération. —Adhérences.—Abandon des anses intestinales dans la plaie. — Accidents inflammatoires.— Mort[1].

M. Johnson, chirurgien, me fit appeler pour une de ses malades, âgée de soixante-huit ans, qui portait depuis longtemps une hernie ventrale irréductible; cette hernie s'était étranglée. Diverses tentatives de réduction ayant été faites sans succès, on proposa l'opération, qui fut acceptée par la malade.

A l'ouverture du sac on trouva l'épiploon et l'intestin adhérents entre eux ainsi qu'aux parois du sac, de telle sorte que la réduction était tout à fait impossible.

Le sac lui-même était trop vaste pour pouvoir être décollé des téguments qui le recouvraient et replacé dans l'abdomen. Je me repentis donc d'avoir ouvert le sac. Je détruisis l'étranglement et je fermai le sac aussi complétement que possible, en rapprochant les téguments, avec beaucoup d'exactitude, au moyen de la suture.

Les vomissements et la douleur abdominale cessèrent aussitôt et le cours des selles se rétablit. Tou-

[1] A. Cooper, *Traité des hernies*. Observation 242e.

tefois, le jour suivant, l'inflammation s'empara des téguments et du sac, l'abdomen devint très-douloureux et la malade mourut trente-sept heures après l'opération.

OBSERVATION XXX *bis*

Hernie inguinale étranglée. — Débridement. — Impossibilité de la réduction. — Guérison [1].

La femme Feuillat, âgée de cinquante-trois ans, portait depuis cinq ans une tumeur dans l'aine droite, sans avoir jamais contenu cette hernie par un bandage convenable.

Le 4 février 1815, elle fit une chute sur le côté droit, laquelle fut suivie de douleurs à l'abdomen, de coliques et de constipation.

Trois jours après, pendant des efforts pour aller à la selle, nécessités par la constipation, une tumeur plus volumineuse que de coutume se montra tout à coup dans l'aine droite. Le même jour les coliques furent plus violentes; il se manifesta des vomissements de matières d'abord bilieuses, puis jaunâtres et fétides; il y eut constipation. Un médecin est appelé, l'opération conseillée; la malade n'y consent pas et persiste dans son refus jusqu'au 23 février, jour de sa rentrée à l'hôtel-Dieu.

[1] *Journal de médecine*, 1818. 30e observation.

Le hoquet, les vomissements, les coliques, la constipation existaient encore et avaient épuisé les forces de la malade. Le pouls était bien faible et très-fréquent.

Cependant la peau qui couvrait la hernie était saine. Examinée attentivement, la tumeur fut jugée contenir deux hernies, une inguinale et une crurale. Celle-ci fut réduite; M. Dupuytren opéra la hernie inguinale.

Une incision cruciale fut faite aux téguments ; les quatre lambeaux relevés, le tissu cellulaire disséqué, le sac herniaire mis à découvert; on coupa, en dédolant, une petite portion du sac, qui fut trouvé partout intimement adhérent à l'intestin. Cette difficulté n'arrêta pas M. Dupuytren ; le sac fut disséqué et les parties antérieures et latérales de l'intestin furent mises à découvert: l'on y reconnut des traces d'inflammation, mais aucune de gangrène. Cette portion d'intestin avait environ deux pouces.

Le doigt détruisit l'adhérence qui existait entre le collet du sac et l'intestin. Un bistouri concave boutonné fut passé entre ces deux parties, et l'on opéra le débridement en haut et en dehors, tout à la fois sur le collet du sac et sur le pilier antérieur de l'anneau inguinal.

La hernie était irréductible, car l'intestin adhérait encore à toute la partie postérieure du sac, et cette partie elle-même était unie au tissu cellulaire subjacent.

Le pansement fut simple. (Eau de veau, lavements émollients.)

Pendant toute la journée, la femme Feuillat présenta les symptômes suivants : coliques, hoquets, vomissements de matières jaunâtres et fétides, constipation; les lavements sont rejetés sans aucune matière alvine.

M. Dupuytren n'attribua point le hoquet, les vomissements, à un étranglement interne, mais bien à l'irritation du canal intestinal. La malade fut mise dans le bain; les accidents se calmèrent, la constipation persista.

Le lendemain, on fit prendre deux bains à la malade. Les coliques, les vomissements, les hoquets cessèrent; la femme Feuillat eut deux selles; son pouls se releva.

Le troisième jour, des évacuations abondantes eurent lieu.

Le quatrième jour, on procéda au premier pansement; on remarqua le développement de quelques bourgeons charnus et un peu de suppuration. On distinguait encore l'intestin au fond de la plaie; il y eut de la diarrhée. (Lavement d'eau de pavot, avec addition de laudanum.)

Les cinquième, sixième et septième jours, la plaie fournit une supuration très-abondante; les bourgeons charnus sont pâles. On panse avec de la charpie brute, ce qui suffit pour la ranimer et obtenir un pus moins abondant et plus épais.

Le dévoiement ne tarda pas à se calmer, la plaie à se cicatriser, et la malade sortit en bonne santé, le 21 mars 1815, un mois après l'opération. On lui fit porter un brayer à pelotte concave, pour soutenir la hernie irréductible et s'opposer à son accroissement.

OBSERVATION XXXI

Hernie étranglée. — Opération. — Gangrène de l'intestin. — Débridement. — Abandon de l'anse intestinale dans la plaie. — Guérison [1].

M. Pineau, chirurgien de l'hôtel-Dieu de Melun, en Bourgogne, fit l'opération d'une hernie avec étranglement, à une femme de quarante-trois ans, en l'année 1728. Lorsqu'il eut ouvert le sac herniaire, il en sortit une sérosité limpide. M. Pineau fendit le sac par sa partie supérieure, jusqu'à une bride qu'il prit d'abord pour l'anneau; il trouva dans cette portion du sac une partie de l'épiploon. Dans le dessein qu'il avait d'en faire la réduction, il dilata la bride; il coula, par la crénelure de sa sonde, environ deux ou trois onces de pus. Lorsque cette bride fut coupée, il découvrit une anse d'intestin ouverte par la pourriture; *il dilata ensuite l'anneau qui étranglait* cette espèce de hernie supérieure. Le rétrécissement du

[1] Arnaud, *Traité des hernies*. Paris, 1749.

péritoine n'avait aucune part à ce dernier étranglement. La malade guérit sans fistule.

OBSERVATION XXXII

Hernie crurale étranglée. — Opération. — Gangrène de l'intestin. — Débridement et abandon de l'anse intestinale gangrénée dans la plaie. — Guérison [1].

Une femme âgée de cinquante-quatre ans fut attaquée, en 1726, d'une hernie crurale à laquelle on ne remédia que douze ou quinze ans après, parce qu'il s'y fit un étranglement; l'intestin fut réduit alors, mais il resta une grosseur qui ne se dissipa par la suite qu'avec le secours des cataplasmes émollients et résolutifs et par les emplâtres fondants; elle fut enfin contenue par un bandage.

En l'année 1740, quatorze ans après cet accident, elle eut encore un étranglement qui ne se termina pas si heureusement. M. Guérin employa tous les remèdes convenables, auxquels néanmoins les accidents ne cédèrent pas, ce qui l'obligea à faire l'opération. Il trouva l'intestin adhérent, dans presque toute sa surface, avec le sac herniaire, *et, comme l'intestin était dans une disposition gangréneuse et très-froid, il pensa que le meilleur parti était de le laisser au dehors du ventre, sans en détacher les*

[1] Arnaud, *Traité des hernies*. Paris, 1749.

adhérences ; il dilata le ligament de Fallope, il pansa la plaie mollement. L'intestin résista douze jours à la pourriture ; la malade fut à la selle, pendant tout ce temps-là, par la voie ordinaire. Au bout de douze jours, les matières commencèrent à couler par la plaie, et continuèrent jusqu'au soixante-dixième jour de l'opération, que la plus grande partie des matières recommencèrent à sortir par l'anus. Quelques jours après, la plaie fut entièrement guérie sans fistule.

OBSERVATION XXXIII

Hernie crurale étranglée.— Opération — Sphacèle de l'anse intestinale. — Débridement et abandon dans la plaie. — Guérison [1].

Une femme de quarante-deux ans fit, en 1726, un effort considérable, qui lui occasionna une hernie crurale ; en quinze jours, la tumeur acquit le volume d'un œuf de poule ; mais elle rentrait avec facilité. La malade cacha son état, dont elle ne connaissait point le danger. Sa négligence donna lieu à l'augmentation de la tumeur, qui fournit, en 1738, un étranglement avec tous les symptômes et les accidents qui en sont les effets et les suites ordinaires. Les secours que M. Pipelet donna alors, suivant les

[1] *Mémoires* de Louis, in *Mémoires de l'Académie de chirurgie,* t. III.

règles de l'art, dispensèrent de l'opération; il réduisit les parties et ordonna l'usage continuel d'un bandage pour les contenir. Au mois d'octobre 1740, la hernie fut étranglée de nouveau. Les moyens les plus convenables pour en procurer la réduction ayant été infructueux, la tension du ventre, la petitesse du pouls et le vomissement des matières stercorales exigeaient qu'on fît promptement l'opération. M. Pipelet, qui n'était point encore membre du collége de chirurgie, fit appeler en consultation M. Guérin, et celui-ci fut choisi par les personnes de qui la malade dépendait pour lui faire l'opération. L'intestin était gangréné, l'épiploon et le sac herniaire étaient dans une disposition gangréneuse, et toutes ces parties étaient confondues par des adhérences internes qu'il n'aurait pas été possible de détruire, quand on en aurait eu l'intention. *Aussi se contenta-t-on de débrider l'arcade crurale, pour faire cesser l'étranglement et mettre les parties à l'aise.*

Il n'était ni possible ni convenable d'en faire la réduction. Le mauvais état de la malade fit craindre pendant quelques jours pour sa vie; on soutint le peu de forces qui lui restaient par l'usage d'une potion cordiale animée. Enfin le ventre se détendit; les escarres gangréneuses, dont on avait emporté une partie, se détachèrent, et, le onzième jour de l'opération, la portion d'intestin qui faisait l'anse sous l'arcade crurale se sépara; elle avait environ cinq pouces de longueur. Depuis ce moment, les matières sterco-

rales qui avaient coulé en partie par l'ouverture de l'intestin, *et plus encore par le rectum,* cessèrent tout à coup de passer par cette dernière voie, etc... Finalement, la malade guérit de son anus anormal.

OBSERVATION XXXIV

Hernie inguinale étranglée.— Gangrène de l'intestin.— Abandon de l'anse intestinale dans la plaie après le débridement. — Guérison [1].

Une femme de quarante-cinq ans portait depuis treize années un bandage pour une hernie inguinale; elle en négligea l'usage, il se fit un étranglement, qui fut bientôt suivi de vomissements des matières fécales, avec tous les accidents qui l'accompagnent. Les secours convenables furent administrés sans délai ; la réduction fut tentée inutilement ; on proposa l'opération, et l'on ne put vaincre la résistance de la malade à cet égard que le dixième jour. Son état parut désespéré : à l'ouverture des téguments et du sac herniaire, on vit que l'intestin n'était que pincé et de couleur noire. M. Gélibert fit une petite incision dans l'anneau pour débrider l'étranglement, et laissa l'intestin au bord interne de la plaie, afin que, ve-

[1] Observation par Gélibert, chirurgien à Alzonne, en Languedoc. (*Mémoire* de Louis, in *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. III.)

nant à s'ouvrir par la suppuration de ses membranes, les matières stercorales eussent une issue au dehors. On appliqua un appareil convenable, et l'on prescrivit à la malade de se tenir couchée sur le ventre. On lui donna ensuite un lavement avec la pulpe de casse et l'huile de lin dans une décoction émolliente, et une heure après un verre de tisane laxative, qui fut réitéré au bout de deux autres heures. La voie des selles s'ouvrit et il n'y eut plus de vomissements. La malade, attaquée avant son accident d'une fièvre vermineuse, fut assez bien jusqu'au neuvième jour, qu'elle rendit avec des efforts assez violents beaucoup de matières bilieuses par la bouche, avec trois gros vers. L'intestin se creva par ces efforts ; l'appareil et le lit furent inondés de matières qui sentaient fort mauvais ; deux gros vers étaient sortis par la plaie. On y fit des lotions fréquentes avec une décoction de plantes vulnéraires, et l'on fit continuer la situation prescrite. La malade fut purgée quatre fois dans les douze premiers jours de l'ouverture de l'intestin, avec des potions laxatives et vermifuges qui produisirent un très-bon effet ; mais les évacuations se firent par la plaie. Le ventre était toujours tendu. M. Gélibert jugea enfin qu'il fallait avoir recours aux lavements; il en fit donner trois par jour à demi-seringue. Leur usage continué attira peu à peu des matières stercorales, et la plaie ne cessa de leur donner passage que lorsque la voie inférieure fut parfaitement rétablie dans ses fonctions. La consoli-

dation ne tarda point à se faire. Cette cure a duré un mois.

OBSERVATION XXXV

Hernie crurale étranglée, avec gangrène de l'intestin[1] (par E. Derrecagaix, chirurgien de l'hôtel-Dieu).

Adrien Depescevil, âgé de quarante-un ans, d'une faible constitution, éprouva tout à coup, en sonnant une cloche à l'église, un tiraillement extraordinaire dans le bas-ventre, et dans le même temps il parut à l'aine une tumeur douloureuse, de la grosseur d'un œuf de poule. Cet état fut bientôt suivi de nausées et de hoquets, qui cessèrent quelque temps après au moyen du repos et du régime seulement. La tumeur resta la même, excepté que le malade n'y sentit plus de douleurs. Du reste, pendant la quinzaine suivante, il alla tous les trois jours à la selle, à peu près comme dans l'état naturel. Les efforts d'une toux qui survint alors firent augmenter le volume de la hernie et ramenèrent les premiers accidents, mais portés à un plus haut degré. Cet infortuné resta cependant pendant treize jours sans aucun secours, et sa maladie paraissait presque désespérée lorsqu'on l'apporta à l'hôtel-Dieu, le 7 octobre 1791.

[1] *Journal de chirurgie* de Desault, p. 389.

Tout le bas-ventre était extraordinairement tendu et douloureux ; la partie inférieure des parois de l'abdomen était empâtée; un engorgement phlegmoneux occupait le pubis du côté gauche, la partie inférieure de la cuisse et l'aine, et s'étendait jusqu'à la crête de l'os des îles du même côté.

Il était difficile de distinguer la hernie; on sentait seulement vers l'arcade crurale une espèce de tumeur particulière, plus dure que le reste de la grande tumeur dont elle faisait partie. Cependant les douleurs dans le bas-ventre, les nausées, les hoquets et tous les symptômes qui avaient suivi d'abord l'étranglement, et qui subsistaient encore, ne laissaient pas de doute sur l'espèce de la maladie.

Cet homme, tout faible qu'il était, fut mis aussitôt dans un bain tiède, qu'il supporta pendant deux heures. On lui fit donner ensuite un lavement et l'on couvrit tout le bas-ventre d'un cataplasme émollient. Le malade se sentit soulagé; le pouls se releva un peu, les coliques se calmèrent et les hoquets devinrent moins fréquents. Les vomissements cessèrent tout à fait, peut-être parce qu'on ne permettait au malade de boire que par cuillerées et de loin en loin.

Cette diminution des accidents permettait d'essayer encore l'effet des mêmes moyens avant d'en venir à l'opération, que le malade paraissait disposé à rejeter absolument. On le remit au bain à l'entrée de la nuit; on lui avait recommandé, de la manière la plus pressante, de ne pas toucher la tumeur. Ce-

pendant, aussitôt que le chirurgien fut retiré, il comprima la hernie dans tous les sens, sur le conseil d'une infirmière. Les accidents reprirent aussitôt leur première intensité ; cet homme ne put rester dans le bain, et l'on fut obligé de le reporter dans son lit, où il passa la nuit la plus agitée. Le lendemain les coliques étaient violentes, les nausées continuelles, et les hoquets plus fréquents qu'ils ne l'avaient encore été. Le pouls s'affaiblissait de plus en plus : le malade ne voulut cependant pas se soumettre à l'opération ce jour-là ; il ne s'y détermina que le surlendemain. On sentait alors dans le centre de la tumeur une fluctuation manifeste.

Après l'incision de la peau, il sortit une grande quantité de pus assez lié, d'une couleur grisâtre, et mêlé de stries sanguinolentes. Le tissu cellulaire était putréfié, ainsi que le sac herniaire. Après en avoir détaché les débris avec les doigts, l'on aperçut une anse d'intestin flétrie et tombant en lambeaux.

On se contenta de lever l'étranglement en débridant l'arcade crurale. *L'intestin sphacélé resta dans la plaie,* que l'on pansa mollement avec un linge criblé de trous, trempé dans l'eau-de-vie camphrée, et des boulettes de charpie.

Les coliques, les hoquets et les nausées cessèrent aussitôt après l'opération. Le malade était très-altéré ; il but dans la journée environ quatre litres d'une tisane de chiendent avec l'oxymel, sans que

cette quantité de boisson lui donnât envie de vomir.

On fut obligé le soir de changer l'appareil, déjà trempé d'une liqueur jaune et fétide qui venait de la cavité intestinale. Il sortit encore une grande quantité de la même matière pendant la nuit. Le lendemain, on mit sur les parties gangrénées un plumasseau chargé de styrax, et l'on couvrit d'un cataplasme émollient toutes les parties voisines, où il y avait beaucoup d'empâtement et de chaleur. On renouvelait deux fois par jour le même pansement.

La suppuration devint blanche et liée le cinquième jour. Le malade avait eu la veille, par l'anus, une selle copieuse. Il ne passait toujours par la plaie que des vents et des sérosités qui avaient l'odeur des matières fécales. Le sixième jour, on fit une contre-ouverture un peu au-dessus et au-devant de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, où le pus séjournait sous la peau, dans un clapier communiquant avec la plaie, etc.

La cicatrisation alla si rapidement qu'elle était achevée le trente-deuxième jour, et le malade sortit de l'hôpital le quarante-cinquième jour, allant parfaitement à la garde-robe et ne ressentant aucune incommodité.

—

OBSERVATION XXXVI

Hernie inguinale. — Gangrène de l'intestin. — Débridement.— Abandon de l'intestin intact dans la plaie. — Anus anormal.

François Aucler, âgé de trente-six ans, d'une excellente constitution, avait depuis sa jeunsse une hernie inguinale gauche qui ne lui avait jamais fait éprouver d'accidents. Le 13 mai 1813, il descend dans une fosse d'aisance pour la toiser; l'odeur infecte qui s'en exhale le fait vomir, et dans les efforts il ressent tout à coup à l'aine gauche une douleur très-vive, trouve sa hernie beaucoup plus volumineuse, et en même temps est pris de coliques, de hoquets et de la série ordinaire des symptômes de l'étranglement. La nuit, point de sommeil; le lendemain on appelle un médecin, qui, n'ayant pas égard à la tumeur, prescrit des évacuants, des antispasmodiques, entretient le malade dans une sécurité trompeuse, et fait perdre ainsi en moyens inutiles et même dangereux le temps le plus précieux. Cinq jours entiers se passent au milieu des symptômes les plus inquiétants. Aucler se décide enfin à se faire apporter à l'hôtel-Dieu, le 17 mai 1813, à neuf heures et demie du soir.

A peine le malade fut-il couché, qu'on reconnut que l'ensemble des symptômes indiquait un étranglement des plus violents, situé au collet du sac her-

niaire, et l'oppression des forces portait à craindre que l'intestin ne fût déjà frappé de gangrène. Le salut du malade exigeait qu'on levât l'étranglement sans perdre de temps.

L'opération fut donc pratiquée immédiatement, et elle mit en évidence une anse d'intestin de cinq pouces de longueur. L'étranglement était causé, comme M. Dupuytren l'avait prévu, par le collet du sac, lequel avait déterminé une mortification circulaire à l'endroit où il embrassait l'intestin. *Les débridements nécessaires ayant été pratiqués, l'organe, trop malade pour être réduit, fut laissé au dehors.*

Les accidents d'étranglement cédèrent aussitôt après l'opération. Néanmoins, plusieurs saignées furent pratiquées, dans l'intention de prévenir une péritonite imminente.

Il ne s'écoula d'abord qu'une petite quantité de matière stercorale par la plaie ; la chute de la presque totalité de l'anse de l'intestin comprise dans la hernie ne tarda pas à leur livrer un passage plus large. Bientôt un anus contre nature s'établit, par lequel la totalité des matières s'écoula. Les choses persistèrent dans cet état pendant six semaines, sans que la nature fît rien pour la guérison du malade.

La suite de l'observation se rapporte au traitement de l'anus anormal. Une incision trop profonde de l'éperon détermina, à trois ou quatre mois de l'opé-

ration de la hernie étranglée, la mort par péritonie suraiguë [1].

OBSERVATION XXXVII

Hernie crurale étranglée. — Opération. — Réduction incomplète. — Fistule stercorale. — Guérison.

Le 27 janvier 1853, je fus appelé près de la veuve R., âgée de soixante ans. Cette femme, d'une constitution délicate, était affectée depuis longues années d'une hernie crurale droite, pour laquelle aucun moyen contentif n'avait été mis en usage, malgré des coliques fréquentes mais passagères. Depuis quelques heures la hernie s'était étranglée subitement, à la suite d'un effort pour soulever un fardeau. Les procédés de taxis et autres moyens ayant échoué, j'eus recours à l'assistance du regretté docteur Curt, et, après de nouvelles tentatives inutiles, nous procédâmes au débridement, vingt-quatre heures après l'apparition des symptômes d'étranglement.

La malade préalablement soumise à l'influence du chloroforme, je fis à la peau une longue incision passant sur le centre de la tumeur ; je divisai dans le même sens plusieurs couches de tissu cellulaire, et je reconnus que des adhérences anciennes avaient confondu les divers tissus qui recouvraient la hernie,

[1] *Leçons de clinique chirurgicale Dupuytren*, t. II, p. 236.

et que celle-ci était intimement unie et faisait corps, dans une grande étendue, avec la paroi supérieure du canal crural. Dès lors, le débridement devenant impossible en cet endroit, il fallait chercher ailleurs la cause de l'étranglement.

A cet effet, le doigt indicateur de la main gauche fut glissé autour de la tumeur, et rencontra au-dessous d'elle deux cordes ou brides, fibres celluleuses transversales, exerçant de bas en haut, sur le col de la hernie, une constriction qui constituait l'obstacle à la réduction.

Ces cordes furent successivement accrochées avec l'ongle et rompues par un effort de traction. Immédiatement la hernie fut réduite, du moins autant qu'elle pouvait l'être en raison de ses adhérences, et la tumeur affaissée, flasque et d'un aspect grisâtre peu rassurant, *resta au fond de la plaie,* qui fut pansée simplement.

Toutefois les accidents cessèrent et le cours des matières se rétablit. Tout se passa bien jusqu'au matin du cinquième jour, où les pièces du pansement furent trouvées inondées de matières fécales mélangées de pus.

Cependant la plaie fut tenue dans le plus grand état de propreté possible, etc.....

Bientôt nous eûmes la satisfaction de voir l'ouverture intestinale se rétrécir, en même temps que les matières passaient en plus grande quantité par les voies naturelles.

Enfin des bourgeons charnus de bonne nature envahirent peu à peu le fond de la plaie, et le travail de cicatrisation marcha d'une manière si heureuse qu'il eut pour résultat, six semaines après l'opération, l'oblitération complète de l'orifice herniaire, et, par suite, la cure radicale de la hernie[1].

OBSERVATIONS XXXVIII, XXXIX ET XL

Dans une discussion qui a eu lieu à la Société de chirurgie, en 1861, sur la conduite à tenir lorsque l'intestin hernié présente de petites perforations, M. le professeur Gosselin a rapporté, tirés de sa pratique personnelle, trois cas de ce genre.

Chaque fois il opéra le débridement du lien constricteur et laissa l'intestin au dehors, sans l'assujettir au moyen d'un fil passé dans le mésentère.

Dans les trois cas, il s'agissait de hernies crurales; chez la première malade, l'intestin se retira peu à peu dans le ventre au bout de quarante-huit heures; la malade mourut. Mais il n'y avait pas eu d'épanchement dans le péritoine. Chez cette malade, qui a succombé après réduction, il y avait eu, avant la réduction, cicatrisation des perforations intestinales, et elle est morte d'une péritonite à marche un peu lente.

Des deux autres chez lesquelles, sous les yeux du

[1] *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1856.

chirurgien, la perforation s'est changée en anus contre nature, l'une est morte aussi de péritonite, l'autre a guéri.

« Deux ont succombé, il est vrai, dit M. Gosselin, » aux suites de la péritonite, si fréquente après » l'étranglement herniaire, et rien ne m'a prouvé » que le séjour de l'intestin au dehors avait été pour » quelque chose dans cette terminaison fâcheuse. »

Résumons les faits :

Ces observations portent sur quinze sujets du sexe féminin, douze du sexe masculin. Treize fois la hernie était inguinale [1], dix fois crurale [2], une fois ombilicale [3], une fois ventrale [4]; deux fois le siége de la hernie n'était pas indiqué [5].

La durée de l'étranglement n'est pas indiquée dans douze observations [6].

Une fois l'étranglement remontait à quatre heures [7];

[1] Observations XV, XVII, XVIII, XXI, XXIV, XXV, XXVI, XXVIII, XXIX, XXX *bis*, XXXIV, XXXVI.

[2] Observations XVI, XIX, XX, XXIII, XXXII, XXXIII, XXXVII à XL.

[3] Observation XXVII.

[4] Observation XXX.

[5] Observations XXII, XXXI.

[6] Observations XVII, XVIII, XXII, XXV, XXIX, XXX, XXXI, XXXII, XXXIII, XXXVIII à XL.

[7] Observation XXXVI.

Une autre fois à douze heures [1],

Dans un cas à vingt-quatre heures [2],

Dans un cas à quarante-huit heures [3],

Deux fois à trois jours [4],

Une fois à quatre jours [5],

Trois fois à cinq jours [6],

Une fois à six [7], à dix [8], à seize [9], et deux fois à dix-huit jours [10].

Dans tous les cas, l'incision des enveloppes herniaires, l'ouverture du sac et le débridement de l'agent constricteur ont été mis à exécution.

Les motifs qui ont obligé l'opérateur à abandonner l'anse intestinale dans la plaie se partagent ainsi : deux fois il s'agissait d'un étranglement interne provoqué par la réduction en masse d'une hernie étranglée, et l'opérateur ne put porter ses doigts dans le fond du sac, à cause de sa trop grande profondeur [11]; deux fois l'impossibilité de la réduction fut due à la

[1] Observation XX.
[2] Observation XXXVII.
[3] Observation XVI.
[4] Observations XV, XXI.
[5] Observation XXVI.
[6] Observations XXIV, XXVII, XXVIII.
[7] Observation XIX.
[8] Observation XXIV.
[9] Observation XXXV.
[10] Observations XXIII, XXX *bis*.
[11] Observations XV, XVI.

présence du cœcum parmi les parties herniées [1]; deux fois au volume trop considérable de la hernie [2]; la présence d'adhérences indestructibles a empêché la réduction dans onze cas [3], et dix fois l'état douteux ou gangréneux de l'anse intestinale a nécessité la même abstention [4].

Dans un seul cas, le cours des matières fécales ne s'est pas rétabli [5], mais je me réserve plus tard d'en rechercher les motifs; trois fois il n'en est fait aucune mention [6]; une autre fois les selles se sont montrées vingt-quatre heures après l'opération, mais en très-petite quantité, et se sont supprimées ensuite [7].

Les selles ont reparu deux fois immédiatement [8], une fois une heure après l'opération [9], huit fois dans les vingt-quatre heures qui ont suivi l'opération [10]. Dans les autres observations, le fait est indiqué sans désignation de temps.

Enfin vingt des opérés ont guéri, et sept ont succombé aux suites de l'opération [11].

[1] Observations XVII, XIX.
[2] Observations XVIII, XX.
[3] Observations XXI à XXX *bis*.
[4] Observations XXXI à XL.
[5] Observation XX.
[6] Observations XVIII, XXII, XXVIII.
[7] Observation XXIII.
[8] Observations XV, XXV.
[9] Observation XVI.
[10] Observations XVII, XXIV, XXVI, XXVII, XXIX, XXX *bis*, XXXII, XXXIV.
[11] Observations XIX, XX, XXI, XXVII, XXX, XXXVIII XXXIX.

Le fait dominant qui résulte de la lecture des observations précédentes est celui-ci : sur vingt-sept opérés de hernie étranglée, chez lesquels on a laissé l'intestin dans la plaie, après avoir préalablement débridé l'agent constricteur, sept opérés sont morts ; les vingt autres ont guéri.

Il me reste à examiner si la non-réduction de l'anse intestinale a été pour peu ou beaucoup dans les sept insuccès que j'ai signalés.

Le premier cas de mort est rapporté dans l'observation XIX. La nécropsie a fait voir que « *la tumeur* » *herniaire était formée par une portion du cœcum* » *retournée sur elle-même ;* de sorte que l'intestin » se trouvait, par cette contorsion du cœcum, com- » plétement oblitéré au commencement du colon. »

Je fais remarquer que pendant l'opération, et après le débridement, une première tentative de réduction avait été faite ; que, après un nouveau débridement, une seconde tentative de réduction est opérée, mais celle-là avec le déploiement d'une force si considérable, qu'on a craint de faire crever l'intestin sous les doigts ; enfin que la malade a éprouvé de suite après l'opération un frisson intense. On remarquera aussi qu'il n'existait pas d'adhérences et que la voie de retraite était parfaitement libre.

La malade a succombé à la péritonite, et la cause de la mort se retrouve d'abord dans l'état de torsion du cœcum, qui oblitérait le côlon et fermait la valvule iléo-cœcale, par contre l'iléon.

Mais il m'est permis d'affirmer que cette intussusception est le propre fait du taxis; de même, la péritonite qui a suivi a certainement pour cause les secondes tentatives faites avec le grand déploiement de force rapporté plus haut. La non-réduction est donc hors de cause absolument dans cette observation, puisque ce sont les manœuvres faites pour obtenir la réduction qui ont amené les accidents et provoqué la mort.

L'abandon de l'anse intestinale dans la plaie ne saurait donc être regardée dans ce cas comme la cause de la mort.

Dans la XXe observation, il s'agit d'une hernie présentant un *volume énorme,* et hernie non réduite depuis huit ans. L'opérateur a pris soin de signaler que la capacité abdominale était considérablement rétrécie.

L'incision et le débridement faits, la réduction ne put s'obtenir ; on fut donc obligé de laisser l'intestin dans le sac herniaire.

Que va faire l'opérateur de cette énorme masse intestinale, qui, d'après son dire, comprenait le cinquième des viscères contenus dans l'abdomen ?

Dans des circonstances tout à fait semblables et à trois reprises différentes, J.-L. Petit et A. Cooper avaient ramené légèrement les enveloppes herniaires sur l'intestin mis à nu ; ils avaient recouvert ce dernier de linge mollet trempé dans des décoctions émollientes, qu'on renouvelait fréquemment ; ils avaient

pris soin de le faire soutenir. Leurs trois malades avaient guéri sans accident.

D'autre part, Richter et Scarpa avaient tracé pour pareille occurrence des règles de conduite tout à fait semblables à celles qu'ont suivies J.-L. Petit et A. Cooper.

Dalrymphe juge à propos de rechercher la réunion par première intention ; il rapproche les bords du sac par des points de suture et des bandelettes agglutinatives ; il enserre à nouveau les anses intestinales dans des enveloppes herniaires qu'il montrait tout à l'heure trop étroites, et, après avoir favorisé ainsi le développement de phénomènes inflammatoires, sa manœuvre aura pour dernier résultat de retenir dans l'intérieur du sac les produits de l'inflammation et de les acheminer vers la cavité péritonéale.

En effet, je signale comme conséquence immédiate de cette conduite étrange la persistance de la constipation et des phénomènes de l'étranglement, et, comme conséquence médiate, l'invasion de la péritonite. La malade est morte soixante heures après l'opération, sans avoir présenté aucun amendement dans les symptômes de l'étranglement, et à l'autopsie on a retrouvé les signes non équivoques d'une péritonite généralisée.

Je n'accuserai donc pas dans ce cas l'abandon du paquet intestinal dans la plaie d'avoir occasionné la mort, bien que son énorme volume ait pu prendre part à la détermination de la péritonite. Mais elle

n'était pas survenue chez les trois malades de J.-L. Petit et A. Cooper, et je considère la conduite tenue par l'opérateur, vis-à-vis des enveloppes intestinales, comme la cause entière de la mort de l'opérée.

L'insuccès rapporté dans l'observation XXI manque complétement de détails. L'opérateur n'avait pu réduire; il est probable, mais cela n'est point dit, que les tentatives de réduction n'avaient pas été ménagées. Arnaud fut appelé; il constata qu'il n'y avait aucune adhérence et que l'anneau avait été si bien dilaté qu'il lui fut facile de faire rentrer son doigt dans le ventre, et bien avant.

Arnaud aussi, sans doute, essaya de réduire sans succès. Le malade mourut le même jour.

A l'autopsie on trouva trois adhérences qui déviaient l'intestin du côté de la ligne blanche. Cette déviation de l'intestin par des adhérences, en opposition avec cette dilatation de l'anneau si bien faite, ainsi que le déclare Arnaud, démontre, jusqu'à l'évidence la plus complète, que la persistance de l'étranglement et finalement la mort de l'opéré sont dues à ces trois brides ligamenteuses, et en aucune façon à l'abandon de l'anse intestinale dans la plaie.

Il est clair que la réduction de l'intestin, alors même qu'on eût pu l'obtenir, ne les aurait pas fait disparaître, qu'elles eussent continué à appliquer l'une contre l'autre les parois intestinales; l'étranglement aurait continué.

Du reste, en présence de la persistance de la consti-

pation, les chirurgiens qui virent le malade auraient été autorisés, ce me semble, à créer un anus anormal. Ils ne l'ont pas fait ; le malade est mort le même jour; on trouve des brides ligamenteuses dans le ventre : ou je me trompe fort, ou ce sont là tout autant de motifs pour croire à l'existence d'une péritonite généralisée, peut-être antérieure à l'opération, et qui a fait périr le malade.

Dans tous les cas, la non-réduction ne saurait être incriminée à ce sujet.

L'observation XXIII contient aussi un insuccès; mais, je me hâte de le dire, cet insuccès prouve en faveur de la non-réduction. Il s'agissait d'une hernie crurale dont l'étranglement avait dix-huit jours de date. Des adhérences rendirent la réduction impossible après le débridement. Le lendemain, il y eut une selle peu abondante, sollicitée par quelques verrées de petit lait.

Mais le troisième jour les symptômes vont s'aggravant, et le lendemain le médecin, soupçonnant un rétrécissement considérable du bout inférieur, crée un anus anormal. Notez combien cela lui fut facile : l'intestin était dans la plaie. La malade revient à la vie, les accidents s'amendent et disparaissent graduellement. Or voilà que, le troisième jour de la création de son anus anormal, sous l'influence d'un purgatif intempestif, la malade est prise d'une diarrhée cholériforme qui résiste à tous les médicaments, et elle meurt douze heures après.

La nécropsie a démontré l'existence du rétrécissement présumé ; il avait son siége sur l'iléon ; le jejunum, très-dilaté, au contraire, mesurait sept pouces et demi de circonférence. La malade est morte, il est vrai ; mais qu'on remarque que la longue durée de l'étranglement (dix-huit jours) a joué un rôle décisif dans la production du rétrécissement intestinal au-dessous du point hernié ; que l'abandon de l'anse intestinale dans la plaie n'est pour rien dans la pathogénie de cet accident; que, grâce à la non-réduction de l'intestin, au contraire, on a pu avoir recours à une opération nouvelle, la création de l'anus anormal; et, finalement, qu'il a tenu à bien peu de chose de voir cette dernière opération suivie de succès. En cas de réduction, il n'aurait certainement pas été permis de songer à y avoir recours.

Il faut reproduire, pour l'insuccès consigné dans l'observation XXX, les réflexions que je faisais à propos de l'observation XX. Il s'agit d'une hernie centrale volumineuse : l'opérateur trouve des adhérences, ne réduit pas, mais « ferme le sac aussi com-
» plétement que possible, en rapprochant les tégu-
» ments, avec beaucoup d'exactitude, au moyen de
» la suture. »

Le chirurgien avait débridé ; il avait ainsi détruit l'étranglement, il n'avait pas réduit; les vomissements et la douleur abdominale cessèrent aussitôt, et le cours des selles se rétablit.

Mais les conséquences de la suture et de la réunion

faite avec tant d'exactitude éclatent le lendemain; *l'inflammation s'empare des téguments et du sac,* et la malade meurt de péritonite.

L'observation XXXVIII est malheureusement incomplète; les choses importantes demeurent cependant.

Il s'agit d'une hernie crurale étranglée, opérée par M. le professeur Gosselin. L'anse intestinale lui parut se trouver dans des conditions morbides telles, qu'il se décida à la laisser dans la plaie après avoir débridé. Le cours des selles se rétablit; mais, obéissant à la rétractilité naturelle du mésentère, à la pression des fèces sur le bout supérieur, l'anse intestinale rentra peu à peu dans l'abdomen. De là, péritonite mortelle. A la nécropsie, pas la moindre trace d'épanchement stercoral dans l'abdomen. Les petites perforations s'étaient cicatrisées. Ainsi tout va bien tant que l'anse intestinale demeure au dehors: elle rentre, la péritonite se développe, la malade meurt. Les faits, dans ce cas, témoignent contre la réduction avec une éloquence tout à fait décisive.

Enfin l'observation XXXIX renferme également l'histoire d'un insuccès. Il s'agit encore d'une hernie crurale, d'une anse intestinale malade abandonnée dans le collet débridé. Un anus anormal se forme, les matières intestinales s'écoulent facilement, puis la péritonite survient, et le malade meurt.

Si l'on considère que la gangrène de l'anse intestinale était inévitable, à cause du mauvais état de

l'intestin constaté pendant l'opération, on ne fera aucune difficulté de reconnaître que la réduction, dans l'espèce, eût sans doute précipité le dénoûment fatal au lieu d'en enrayer l'évolution.

Tels sont, dans toute leur éloquence, ces vingt-sept cas de herniotomie sans réduction, fournissant vingt guérisons et sept insuccès, mais insuccès dont on ne saurait faire remonter la cause à l'abandon de l'anse intestinale dans la plaie, puisque la péritonite a fait suite une fois à la réduction spontanée et consécutive, deux fois à la création d'un anus anormal, deux fois à la réunion immédiate des enveloppes herniaires, une fois à une sorte d'intussusception intestinale provoquée par les efforts de réduction, une dernière fois, enfin, à un étranglement interne.

L'importance de ce résultat n'échappera pas; elle paraîtra bien plus convaincante si l'on considère que presque toutes les anses intestinales laissées dans la plaie de l'opération ne l'ont été que contre le gré de l'opérateur et souvent à son grand désespoir. Toutes ou presque toutes avaient dû subir des efforts prolongés de taxis; toutes étaient donc dans de fort mauvaises conditions, je veux dire dans l'état le plus convenable pour provoquer de graves phénomènes inflammatoires ultérieurs; et cependant, sur vingt-sept opérés, nous ne comptons que sept insuccès, insuccès pour lesquels, je le répète, l'abandon de l'anse intestinale dans la plaie ne saurait être mise en cause.

Donc les observations vont complétement à l'encontre des craintes témoignées par les auteurs au sujet de la non-réduction, craintes vaguement formulées sans doute, mais craintes généralement partagées, et dont l'existence est attestée, en même temps que leur importance, par ce fait qu'on a tout mis en œuvre pour réduire, même les moyens le plus ouvertement dangereux.

On avait dit encore : Mais, si vous ne réduisez pas, le cours des selles ne se rétablira pas, l'inflammation de l'intestin va s'accroître, la gangrène de l'anse intestinale surviendra fatalement, de nouvelles anses intestinales s'échapperont de la cavité abdominale au moindre mouvement du malade.

Pour ce qui est du rétablissement du cours des matières fécales, les observations font voir qu'il s'est effectué bien plus rapidement que dans les procédés ordinaires. L'inflammation de l'intestin n'a provoqué la péritonite que lorsqu'on avait bridé sa légitime évolution dans les enveloppes herniaires suturées. La gangrène ne s'est montrée que sur des intestins dont la vitalité, profondément atteinte, avait nécessité leur abandon dans la plaie. Jamais enfin on n'a observé, consécutivement à la non-réduction, de nouvelles anses intestinales s'échappant de la cavité abdominale au moindre effort fait par le malade.

Ainsi, en remplaçant les hypothèses de la théorie par les faits, par l'observation, on voit disparaître les uns après les autres les dangers chimériques,

les craintes vagues, les objections plus précises, que l'abandon de l'anse intestinale dans la plaie avait fait naître dans l'esprit de chirurgiens timorés.

Cette innocuité de la non-réduction fait voir jusqu'à la dernière évidence toute l'inutilité de la réduction. C'était une manœuvre horriblement dangereuse, mais elle pouvait être utile, nécessaire, inévitable; or il n'en est rien : les faits démontrent que le but qu'on se proposait en l'exécutant n'est pas atteint, et, d'autre part, que rien de fâcheux ne résulte pour le malade de son omission.

A l'heure présente, il me paraît que le procès que j'ai instruit contre la réduction de l'intestin dans l'opération de la hernie étranglée touche à ses fins. Reprenant donc la proposition faite déjà au début de ce chapitre, je dirai : La réduction est une manœuvre irrationnelle, dangereuse et le plus souvent fatale pour l'opéré; son utilité incontestable seulement pourrait la légitimer. Or cette utilité n'existe pas; les faits le démontrent jusqu'à la dernière évidence. Donc il ne faut pas réduire; il faut laisser l'intestin dans la plaie, et le quatrième temps de la kélotomie doit être supprimé tout entier.

J'ai le droit absolu de poser cette conclusion; il ne saurait m'être contesté, car il est admis par tout le monde, et c'est un principe chirurgical vulgaire, que la nécessité indispensable d'une grave manœuvre chirurgicale peut seule justifier son exécution. Et ce principe acquiert dans l'espèce une force bien plus

grande, si l'on considère que la manœuvre dont il s'agit, contraire aux lois de la plus simple prudence et de la physiologie pathologique, fait courir au malade un danger assuré et mortel.

Mais ce n'est pas assez d'avoir démontré que l'abandon pur et simple de l'anse intestinale dans la plaie n'offre pas de dangers; avant de conclure définitivement, je me propose d'exposer l'historique de la non-réduction, de montrer ses avantages, de répondre à quelques objections que je prévois : tel sera l'objet des chapitres suivants.

CHAPITRE II

Sommaire. — Historique de la non-réduction. — Nombreuses modifications proposées par les auteurs pour remédier aux insuccès de la kélotomie ordinaire. — Danger ou insuffisance de ces modifications. — La kélotomie hâtive. — Taxis forcé d'Amusat. — Hernies enflammées de Malgaigne. — La non-réduction conseillée dans la gangrène de l'intestin, dans les adhérences anciennes de l'intestin au sac, dans les cas de hernies très-volumineuses. — Olivier propose de ne faire la réduction de l'intestin que lorsque les phénomènes inflammatoires se seront dissipés. — Inconvénients de ce procédé. — Conclusions à tirer de cet historique. — La non-réduction n'existe pas comme méthode générale.

L'abandon pur et simple de l'anse intestinale dans la plaie, comme moyen de remédier aux insuccès de la kélotomie, n'a été proposé par personne comme méthode générale. On trouvera certainement singulier que pareille modification, en admettant ses avantages, n'ait pas été apportée plus tôt dans le manuel opératoire de la kélotomie, et sa simplicité même aura pour résultat de mettre en défiance contre les suites de la non-réduction. A quoi je n'ai rien à ré-

pondre, si ce n'est, avec Malgaigne, que, l'opération ainsi créée (en vue de la réduction), la coutume qui a tant d'empire sur les choses humaines a suffi pour la maintenir en ce qu'elle avait de fondamental.

Et, d'ailleurs, l'histoire de l'art est pleine de faits semblables. On sait que, dès les premiers temps de l'Ecole d'Alexandrie, la chirurgie était en possession de la sonde métallique, qui portait même alors le nom de cathéter. Eh bien! il a fallu près de deux mille ans pour appliquer cet instrument à l'extraction de la pierre.

Cent soixante ans avant notre ère, Celse conseillait déjà la ligature dans les hémorrhagies artérielles; Rufus (d'Ephèse), Galien donnaient le même conseil; il était répété par les Arabistes; Guy de Chauliac et Jean de Vigo détaillaient le manuel opératoire. Quoi qu'il en soit, il faut arriver jusqu'à Ambroise Paré pour voir la ligature des artères entrer dans le manuel opératoire des amputations et changer la face de cette question considérable de la chirurgie.

Pendant plus de cent ans, n'a-t-on pas traité les plaies par armes à feu par la cautérisation avec le fer rouge, l'emploi de l'onguent égyptiac ou de l'huile bouillante, et cela sous le vain prétexte que ces plaies étaient intoxiquées?

Et, lorsque A. Paré et Bartholomeus Maggius vinrent démontrer que rien ne justifiait une semblable conduite, ne vit-on pas s'élever contre eux une vive opposition, et Riolan se montrer parmi les opposants?

Je le redis: l'histoire de la science fourmille de faits semblables, où l'on voit les chirurgiens mettre en œuvre les moyens les plus complexes et souvent les plus étranges, et oublier ou méconnaître pendant des siècles entiers les manœuvres qui, malgré leur extrême simplicité, répondent complétement aux indications.

D'ailleurs, je vais faire voir que la méthode que je propose comme prophylactique des accidents de la herniotomie n'est nouvelle que comme méthode; que nombre d'auteurs en ont conseillé l'exécution dans des cas particuliers.

De tout temps, les insuccès si nombreux de l'opération de la hernie étranglée ont attiré l'attention des chirurgiens ; c'est ce qui explique le nombre réellement considérable de procédés qui ont vu le jour.

Mais, disons-le bien haut, le procédé changeait, la méthode restait. En dernière analyse, le chirurgien réformateur se proposait toujours de réduire dans le ventre l'intestin hernié.

J'ai rapporté, dans la première partie de cet ouvrage, toutes les modifications qui roulaient sur l'incision des enveloppes herniaires, sur l'ouverture du sac, sur le mode de débridement. Je n'y reviendrai pas, car je les ai discutées longuement et j'ai montré que, viciées dans leur origine, elles constituaient en réalité des procédés inférieurs à ceux qu'elles avaient pour ambition de remplacer.

Mais, si les chirurgiens qui proposèrent ces modi-

fications avaient fait fausse route en rapportant aux premiers temps de l'opération les insuccès qui étaient le fait du dernier, c'est-à-dire de la réduction, nombre d'autres avaient remarqué que plus on attendait pour opérer, et par conséquent pour réduire, plus l'intestin était malade, plus l'inflammation de ses tuniques était intense, et plus fréquente aussi était la péritonite mortelle consécutivement à la réduction. C'est sur ces considérations importantes qu'est basé ce que l'on a appelé la kélotomie hâtive.

Opérer de bonne heure, et aussitôt que l'on a reconnu l'impuissance du taxis dans une tentative suffisamment prolongée, telle est la kélotomie dite hâtive. Une idée juste et une observation raisonnée des faits cliniques lui ont donné naissance. L'idée, c'est que l'étranglement une fois constitué augmente avec le temps ; les faits cliniques démontrent, d'ailleurs, que plus on attend, plus les lésions de l'anse intestinale sont graves et profondes. Or, comme l'état de l'anse intestinale joue dans la pathogénie des complications un rôle tout à fait décisif lorsqu'elle doit être réduite dans le ventre, il résulte, en dernière analyse, que plus on attend pour opérer et plus on a de chances pour voir la péritonite éclater après l'opération.

La kélotomie hâtive a été grandement en faveur au siècle dernier, et surtout au commencement du siècle actuel ; de telle sorte qu'on a pu dire, en parlant

de cette dernière époque, que c'était le règne de la kélotomie.

Cependant il ne paraît pas que l'on ait eu, dès lors, à manifester un grand enthousiasme pour les résultats de l'opération. En effet, nous voyons, d'une part, Amussat ériger le taxis forcé en méthode, et, d'autre part, Malgaigne découvrir l'inflammation herniaire, dans le but avoué de diminuer le nombre des cas où il faudrait pratiquer « l'une des opérations » les plus meurtrières de la chirurgie », la kélotomie.

Du reste, en consultant les statistiques données à cette époque, on constate que la proportion des insuccès était considérable chez les opérés de kélotomie. Ph. Boyer, qui était pour la kélotomie hâtive, et dont la pratique était réputée exceptionnellement heureuse, perdait un malade sur trois opérés.

La méthode d'Amussat, les idées de Malgaigne, devaient avoir un profond retentissement; elles tombaient sur un terrain admirablement préparé : elles firent donc fortune. On peut dire qu'elles ont régné en souveraine de 1840 à 1860. La kélotomie hâtive était détrônée.

Cependant une réaction était imminente et nécessaire, car les insuccès de la kélotomie ainsi modifiée suivaient une progression croissante, et, tournant dans le cercle vicieux imposé par la routine, on est revenu de nos jours à la kélotomie hâtive.

Eh bien! l'expérience clinique a prononcé : il demeure assuré que la kélotomie hâtive est un progrès

sur le taxis forcé d'Amussat, sur l'expectation de Malgaigne; mais la méthode reste la même, et les insuccès, moins fréquents sans doute, sont encore extrêmement nombreux.

En effet, les lésions, pour être moins accusées au début de l'étranglement qu'elles ne le seront plus tard, n'en existent pas moins; les efforts de réduction auront pour effet de les accroître; la réduction une fois opérée, la plaie pénétrante de l'abdomen sera constituée, et il faudra s'attendre aux conséquences habituelles de la gravité de ces plaies.

Je ne fais, d'ailleurs, aucune difficulté de reconnaître que, lorsqu'on opère de bonne heure, les chances d'insuccès sont bien diminuées. Ainsi, comme les lésions de l'anse intestinale sont peu avancées, sa tuméfaction peu considérable, l'exploration aura perdu de ses dangers, la réduction de ses difficultés, la péritonite de sa fréquence. Le météorisme n'est pas encore très-accusé, et c'est une bonne condition pour que le cours des matières fécales se rétablisse.

J'admets donc comme excellent le principe sur lequel repose la kélotomie hâtive, et je le réserve. Il est certain que l'opérateur doit se décider promptement à l'opération : il est certain que les tentatives de taxis répétées à plusieurs reprises sont dangereuses pour le malade et d'ordinaire sans résultat, et j'admets avec Richter que, quand un premier taxis n'a pas réussi, on n'est pas en droit d'attendre davantage d'un second.

Mais la kélotomie hâtive demeure, malgré l'excellence du principe sur lequel elle est basée, une opération dangereuse et qui mérite, au point de vue de l'opération propre, tous les reproches que j'ai longuement énumérés dans la première partie de ce travail.

Il y a plus : la kélotomie hâtive est loin d'être toujours applicable ; elle ne l'est que dans l'infime minorité des cas. En réalité, il est fort rare que le médecin soit appelé au début d'un étranglement ; plus rare encore que des tentatives de taxis, nombreuses et répétées, n'aient pas été faites par le malade lui-même, et quelquefois par ses proches ; puis il y a des étranglements dans lesquels les lésions de l'intestin marchent avec une rapidité foudroyante.

Dans ces cas divers, la kélotomie hâtive rentre dans les conditions de la kélotomie ordinaire, et tous les avantages disparaissent. La kélotomie hâtive est donc, à proprement parler, une méthode fort incomplète ; elle remédie dans une certaine limite à un inconvénient sérieux, et, quand il est permis de l'appliquer, il peut se faire que les lésions de l'anse étranglée soient très-peu marquées. Mais le danger principal demeure, et la péritonite, si fréquemment observée dans les plaies pénétrantes de l'abdomen, n'en est pas moins imminente.

Ainsi les modifications apportées aux trois premiers temps de l'opération de la hernie étranglée manquaient le but, parce qu'elles ne visaient pas le

véritable danger constitué par le quatrième temps ; et, d'autre part, la kélotomie hâtive, en ne tenant compte que de l'une des conditions du problème à résoudre, constitue, en outre de son insuffisance, un procédé dont les dangers, quoique diminués, demeurent très-nombreux et très-sérieux.

Les dangers de la réduction n'avaient pu échapper à la clairvoyance des chirurgiens du siècle passé et du commencement de celui-ci, pas davantage les suites simples de l'opération, alors que, pour une cause ou pour une autre, le chirurgien avait abandonné l'intestin dans la plaie. Mais, chose étrange, ils avaient remarqué le fait particulier où cette réduction devenait impossible, avaient dès lors donné le conseil de ne pas réduire dans des circonstances semblables, avaient pris soin de signaler la bénignité exceptionnelle des suites opératoires, et, par une cause qui échappe, oubliant de rapprocher les résultats, restant rivés au fait particulier qui les avait frappés, ils négligeaient de conclure du particulier au général.

Tout d'abord, il est une circonstance qui doit être mise hors de cadre, si l'on peut ainsi parler : c'est lorsque l'anse intestinale a été complétement détruite par la gangrène ou présente une large ouverture par laquelle s'échappent les matières fécales.

Le procédé qui consistait à réunir le bout supérieur au bout inférieur n'a résisté ni à l'observaservation , ni au raisonnement, et il est absolument

abandonné; et l'on ne se souvient des procédés de Rhamdor et de La Peyronnie que pour les classer dans l'histoire des erreurs chirurgicales. La discussion, à l'heure présente, ne porte plus que sur un point : Convient-il, ou non, de débrider l'agent constricteur dans le cas de gangrène complète de l'intestin ?

Nous avons montré, dans la première partie de ce travail, que le débridement constituait dans tous les cas une manœuvre de la plus urgente nécessité, et, par un exemple rapporté dans l'observation III, nous avons fait voir que la gangrène de l'intestin ne faisait pas disparaître la constriction, et que l'étranglement, continuant à s'exercer, avait amené comme résultat la gangrène du bout supérieur de l'intestin contenu dans le ventre. Les observations XXIII et XXV démontrent, au contraire, que l'abandon pur et simple de l'anse gangrénée dans la plaie, après la levée de l'étranglement, suffit pour amener la guérison.

Mais il est des circonstances où le chirurgien se trouve dans une grande perplexité pour décider la conduite qu'il doit tenir : c'est lorsque l'intestin présente une couleur noirâtre, une insensibilité apparente, la perte de son poli normal, l'affaissement et le plissement de ses parois, ou bien encore qu'on découvre une ou plusieurs petites perforations sur le contour de l'anse intestinale herniée.

Rien de variable, en effet, sur ce point difficile de la pratique, comme les opinions des auteurs.

Beaucoup d'auteurs n'hésitent pas à conseiller la réduction, car ils considèrent l'humidité du péritoine, sa douce chaleur et l'abri du contact de l'air, comme des conditions suffisantes pour rétablir la vitalité sérieusement compromise de l'anse intestinale. Telle est l'opinion de Richter, de Clawrence, de Velpeau, etc.

« Le cas de gangrène dans une hernie se présente » dans trois circonstances différentes. Quelquefois il » n'y a qu'un point de l'intestin qui soit suspect et » qui paraisse près de la gangrène, tandis que tout le » reste est sain ; ou bien tout l'intestin est fortement » enflammé et touche à la gangrène. Ce qu'on peut » faire de mieux alors est de sauver l'intestin le plus » vite possible du contact de l'air, et de le porter dans » la cavité du ventre, où il sera exposé à une chaleur » douce et humide : c'est le seul moyen d'éviter ce léger » degré qui conduit à la gangrène complète[1]. »

Cependant, dès l'année 1762, Ledran avait tracé des règles tout à fait opposées : « Je propose ici de ne » point faire la réduction de l'intestin toutes les fois » qu'il est ouvert, gangrené, ou même seulement me- » nacé de gangrène. Je sçai, par mon expérience et » par celle des autres, qu'on l'a souvent réduit quoi- » qu'il fût dans le cas où je défends de le faire ; je sçai » aussi qu'à bien des malades les matières stercorales » se sont évacuées par la plaie pendant un espace de » temps, et que, l'intestin s'étant guéri, la guérison

[1] Heister, *loc. cit.*, p. 149.

» parfaite de la plaie des téguments a suivi celle de » l'intestin. Mais je sçai aussi que bien des malades » sont morts parce que les matières stercorales se sont » perdues dans le ventre [1]. »

La doctrine de Ledran est aujourd'hui généralement acceptée. « Si l'on conserve des doutes sur la » vitalité de l'intestin, il vaut mieux ne pas réduire ; » on débride et on laisse l'intestin dans la plaie [1] », dit M. Gosselin.

Mais, dans les leçons du même auteur sur les hernies abdominales, publiées par M. Léon Labbé, sa doctrine est exposée bien plus complétement :

« Si donc, quoique d'une couleur très-foncée, l'anse » est chaude, non affaissée et sans perforation appré- » ciable, on doit en opérer la réduction.

» Si l'on trouve au niveau du collet une érosion » de la séreuse et même de la couche musculaire la » plus superficielle, on peut craindre que la paroi, » amincie par cette érosion, amincie aussi peut-être » par une érosion analogue, impossible à constater, » du côté de la membrane muqueuse, laisse passer » par exosmose des gaz dans la cavité péritonéale, » après la réduction. Cependant, comme il n'y a rien » de certain à cet égard, tous les chirurgiens réduisent » encore en pareil cas, et j'ai moi-même suivi ce pré- » cepte. Aujourd'hui, après avoir débridé, j'aimerais

[1] Ledran, *Traité des opérations de chirurgie;* Paris, 1762.

[1] Gosselin, *Annales de la chirurgie française et étrangère,* 1845.

» mieux laisser l'intestin au dehors et attendre les » événements.

» Je me conduirais de même s'il y avait une ou » plusieurs taches blanches indiquant une infiltration » plastique ou purulente de la paroi intestinale, soit » une hernie de la couche muqueuse à travers la » musculeuse et la séreuse érodées. Ces cas-là sont » trop rares, et n'ont pas été notés avec assez de soin » dans les observations, pour que je puisse démon- » trer rigoureusement que la non-réduction est moins » dangereuse que la réduction. Le premier parti me » paraît néanmoins le plus sage, car, si une perfora- » tion doit se compléter, on le constate au bout de quel- » ques jours par l'issue des matières intestinales ; des » adhérences ont eu le temps de s'établir et peuvent » s'opposer à l'épanchement dans le péritoine, dans » le cas où l'intestin rentrerait peu à peu spontané- » ment. Si, au contraire, il ne se produit pas de per- » foration, la réduction se complète d'elle-même in- » sensiblement, et le séjour de l'intestin dans la plaie » n'a pas eu d'inconvénients.

» Si enfin on trouvait positivement une ou plusieurs » petites perforations, je conseille encore de laisser » l'intestin au dehors, sans l'assujettir au moyen » d'un fil passé dans le mésentère, et d'attendre » la terminaison naturelle de la fistule stercorale ou » celle de l'anus contre nature, dans le cas où la pa- » roi intestinale se gangrénerait et s'éliminerait [1]. »

[1] Gosselin, *Leçons sur les hernies abdominales*, recueillies par Léon Labbé. Paris, 1865, p. 220.

Voilà la doctrine généralement admise. Le professeur Verneuil a reproduit les principales propositions que je viens de rapporter. « On ne doit jamais » reporter dans le ventre, je ne dis pas seulement » un point perforé ou gangréné, mais même une por- » tion d'intestin dont la vitalité est douteuse, car elle » pourrait s'y rompre plus tard[1]. »

Mais, différant d'opinion sur la conduite à tenir avec le professeur Gosselin, M. Verneuil conclut à la création de toute pièce d'un anus contre nature. C'est là une manière de faire qui sera de notre part l'objet d'un examen approfondi.

Ainsi il reste acquis que, de nos jours, l'état douteux de l'intestin ou l'existence de petites perforations nécessite l'abandon de l'anse intestinale dans la plaie, tandis qu'à une époque peu éloignée de nous, beaucoup de chirurgiens pensaient qu'il valait mieux réduire, et voyaient dans la réduction un moyen assuré d'arrêter les progrès de la gangrène commençante et de prévenir la formation d'un anus contre nature.

L'existence d'adhérences anciennes et organisées entre l'intestin et le sac n'a pas suscité tant de controverses; de tout temps on a admis qu'elles sont une contre-indication à la réduction. J.-L. Petit a formellement conseillé la non-réduction, et, à l'appui de son opinion, il cite un fait tiré de sa pratique; nous l'avons consigné dans l'observation XXII.

[1] *Gazette hebdomadaire*, 1861, p. 167.

Richter est du même avis, et, cependant, c'est un des partisans les plus décidés de la réduction; nous l'avons démontré en rapportant, dans la première partie de ce travail, plusieurs extraits de son *Traité sur les hernies*. Il veut qu'on obtienne la réduction par toute sorte de moyens, et il en formule longuement les règles; aussi n'est-ce qu'à regret, presque sous forme dubitative, qu'il admet que, dans quelques rares circonstances, le chirurgien devra ne pas réduire. Cependant, lorsqu'il s'agit des adhérences intestinales, Richter, ce grand partisan de la réduction, n'hésite pas à formellement conseiller l'abandon de l'anse intestinale dans la plaie. Chose plus remarquable, il indique le cours que suivront les choses laissées en cet état, et il conclut à la guérison. C'est que Richter avait vu des exemples de hernies adhérentes ainsi traitées et guéries; tandis que, faute d'observations, il substituait, pour les cas de hernies simples non réduites, le résultat du raisonnement à celui de l'expérience, et concluait à la gangrène et à la mort.

« Si la hernie est volumineuse et que les viscères » soient généralement adhérents entre eux et avec » le sac herniaire, je ne penserai point du tout à leur » séparation : j'agrandirai l'anneau, supposé qu'il fût » la cause de l'étranglement; je laisserai les viscères » dans la hernie sans y toucher, je panserai à sec, je » mettrai la hernie dans un suspensoir, je prescrirai la » position sur le dos, je ferai prendre des purgatifs

» réitérés et j'ordonnerai une diète exacte. Il arrivera » alors de deux choses l'une : ou les viscères rentre- » ront peu à peu dans la cavité du ventre pendant le » traitement, ou ils resteront au dehors dans la hernie, » et le sac se cicatrisera et les recouvrira de nouveau. » Dans ce cas, l'opération ne consiste qu'à détruire » l'étranglement, ce que l'on peut faire sans séparer » les parties[1]. »

Scarpa partage tout à fait la manière de voir de J.-L. Petit et de Richter :

« Toutes les fois qu'on trouve des adhérences de » la nature de celles dont je viens de parler (adhé- » rence charnue non naturelle) entre l'intestin et le » sac herniaire, ce qu'on a de mieux à faire est de ne » pas y toucher ; après avoir fait cesser l'étranglement » de la manière la plus complète, par le débridement » de l'anneau et du col du sac herniaire, on ne doit » pas s'occuper de réduire l'intestin, mais le laisser au » dehors avec ses adhérences, et dans la situation où » il se trouve, en se contentant de le couvrir avec les » côtés du sac herniaire et avec des compresses trem- » pées d'eau de mauve tiède. L'expérience prouve » que, aussitôt que l'étranglement n'existe plus, les » matières alvines reprennent leur cours naturel, et » tous les accidents disparaissent, quoique l'intestin » ne soit pas réduit. Les jours suivants, on continue » d'humecter l'appareil avec la décoction de mauve,

[1] Richter, *loc. cit.*, p. 185.

» et on observe que l'adhérence de l'intestin avec le » sac herniaire remonte spontanément vers l'anneau, » rentre peu à peu dans le ventre et disparaît ainsi » en totalité ou en grande partie. S'il reste une » petite portion d'intestin que les forces de la nature » ne peuvent faire rentrer dans le ventre, elle s'ex- » folie, comme disent les chirurgiens, elle se couvre » de bourgeons charnus, et finit par se réunir aux » téguments de l'aine et du scrotum, pour former la » cicatrice[1]. »

Après J.-L. Petit, Richter et Scarpa, Sabatier, Boyer, Dupuytren, A. Cooper, Sanson, Laugier, Velpeau, Vidal (de Cassis), Nélaton, Gosselin, formulent des règles tout à fait semblables; de telle sorte que nous avions raison de dire que, pour les hernies adhérentes, l'accord est unanime pour abandonner l'anse intestinale dans la plaie.

Le volume de la hernie était aussi considéré dans quelques cas comme une cause pouvant légitimer la non-réduction : c'est lorsque les parois de l'abdomen sont revenues sur elle-même et que la cavité abdominale a perdu de sa capacité. J.-L. Petit en a rapporté deux exemples, que nous avons consignés dans les observations XVII et XVIII. Richter ouvre un avis semblable, et c'est à ce propos qu'il écrit les lignes suivantes, qui contiennent toute une révéla-

[1] *Traité pratique des hernies*, par A. Scarpa, traduit par M. Cayol, Paris, 1812, p. 162.

tion: « On ne doit pas toujours réduire toutes les » hernies qu'on peut réduire[1]. » Et il étaye son opinion d'un fait extrêmement probant.

Schmucker avait réduit une hernie étranglée; mais les accidents augmentant sans interruption, pour me servir de l'expression de Richter, et devenant enfin très-graves, le chirurgien laissa ressortir la hernie qu'il avait réduite, et ainsi sauva le malade, qui était à toute extrémité.

Sabatier avait dit :

« Si cette adhérence est ancienne, si elle est telle » que les intestins soient intimement unis entre eux, » il faut se contenter de débrider l'anneau et panser » le malade sans réduire les parties sorties.....

» Ce procédé est applicable au cas où le volume » des intestins est considérable, car, quoique sains » et non adhérents, ils ne peuvent être repoussés dans » le ventre sans éprouver des froissements et de la » contusion, et, lorsqu'on parvient à les y retenir, » on expose les malades à des douleurs vives, qui ne » cessent que lorsqu'on les laisse sortir de nou- » veau[2]. »

A. Cooper a rapporté d'autre part, dans son *Traité des hernies,* quelques exemples à l'appui de cette manière de faire.

Boyer est du même avis, et les ouvrages modernes

[1] Richter, *loc. cit.*, p. 139.

[2] Sabatier, *Médecine opératoire*, t. Ier, p. 107.

qui mentionnent cette circonstance donnent aussi le conseil de ne pas réduire.

Ainsi, état douteux de l'intestin ou existence de petites perforations, existence d'anciennes adhérences entre l'intestin et le sac, volume considérable de la hernie, qui n'est plus en rapport avec la capacité abdominale : telles sont les trois circonstances dans lesquelles les auteurs conseillent de ne pas réduire, et démontrent par l'observation qu'une semblable conduite est ordinairement suivie de succès.

Il ne restait, pour étendre la non-réduction à la généralité des cas, qu'à conseiller l'abandon de l'anse intestinale dans la plaie, pour les cas où elle serait le siége d'une inflammation plus ou moins vive. La proposition en a été formellement faite, et nous n'en voulons pour preuve que les lignes suivantes, tirées de l'article *Hernie* du *Dictionnaire en 15 vol.*, et qui sont dues à la plume de Sanson :

« Enfin, dans ces derniers temps, M. Ollivier a » avancé qu'il serait plus avantageux de se borner à » lever l'étranglement et d'attendre, pour réduire les » organes déplacés, que l'inflammation fût calmée » par le repos et les applications émollientes, que de » les repousser dans la cavité abdominale. Il s'appuie » sur ce que les attouchements nécessaires pour opé- » rer la réduction sont nécessairement dangereux » pour des parties qui sont déjà fortement enflam- » mées. On a vu plusieurs fois des organes her- » niés, que des adhérences ou d'autres circonstances

» avaient forcé de laisser à l'extérieur, rentrer peu à » peu et comme d'eux-mêmes dans le ventre, surtout » lorsque les malades maigrissaient[1]. »

Cette proposition d'Ollivier ne paraît pas avoir laissé d'autre trace dans la science. Elle a été repoussée par Sanson lui-même, qui la rapportait, et je ne pense pas qu'elle ait jamais été appliquée.

Cette méthode avait d'ailleurs un tort fort grave: elle faisait de la kélotomie une opération en deux époques, dont l'incision des enveloppes herniaires, l'ouverture du sac, le débridement, constituaient la première partie, et dont la réduction, que l'on ne devait faire que lorsque l'inflammation aurait été calmée par le repos et les émollients, constituait la seconde partie. La méthode avait en vue d'éviter les inconvénients attachés à une réduction immédiate; mais elle laissait survivre ceux de la réduction tardive, et Sanson disait, peut-être avec raison, que, « dans le plus grand nombre des cas, la hernie ainsi » abandonnée à elle-même contracterait des adhé- » rences de manière à ne pouvoir plus être réduite, » comme M. Ollivier semblait l'espérer »; et Sanson ajoutait, pour donner plus de poids à sa critique:

« Bien qu'on ne puisse nier que des attouchements,

[1] Je n'ai pu me procurer ce travail, où Ollivier a consigné son opinion et a fourni, sans aucun doute, des preuves à l'appui. Je suis donc forcé, bien à regret, de m'en tenir à la simple mention que Sanson en a faite dans son article *Hernie* du *Dictionnaire en* 15 *volumes*.

» quelque délicats qu'ils soient, n'aient, au moment
» où l'on pratique l'opération de la hernie, l'incon-
» vénient d'augmenter l'irritation déjà existante, je
» pense que le contact de l'air et les pièces d'ap-
» pareil, et la gêne éprouvée par les organes à tra-
» vers l'ouverture même dilatée, en doivent provo-
» quer une plus forte; d'où il résulte que la méthode
» proposée par M. Ollivier non-seulement n'aurait
» pas l'avantage de préserver le malade d'une inflam-
» mation, mais encore qu'elle aurait l'inconvénient
» de rendre, dans quelques cas, irréductible une her-
» nie qui aurait pu être réduite avec facilité. »

On voit quel parti Sanson a su tirer des inconvénients de la réduction tardive pour repousser la méthode d'Ollivier. Mais Sanson aurait été bien embarrassé de trouver de sérieux arguments pour la combattre, si, faisant donner à son idée tout ce qu'elle contenait, Ollivier avait proposé l'abandon pur et simple de l'anse intestinale, sans parler de tentatives ultérieures de taxis, et avait laissé à la nature le soin tout entier de pourvoir à la réduction.

Malheureusement pour Ollivier, comme pour à peu près tous les chirurgiens de son époque, la réduction, bien qu'il en sentît tous les dangers, restait comme la fin dernière de l'opération, et il ne se croyait autorisé, dans l'intérêt même du malade, à ne la retarder que de quelques heures.

Tant il est vrai qu'il n'est donné à personne d'atteindre du premier coup la vérité tout entière! Trop

heureux, d'ailleurs, quand les changements successifs par lesquels passe une idée la rapprochent, au lieu de l'éloigner, de ce but commun vers lequel ne cessent de tendre les aspirations de l'humanité tout entière !

Quelque nombreuses que paraissent être les circonstances où les auteurs conseillent d'abandonner l'anse intestinale dans la plaie, il ne faudrait point s'abuser sur leur véritable degré de fréquence. Ainsi les hernies très-volumineuses s'étranglent fort rarement ; il en est de même des hernies irréductibles par adhérence. D'autre part, la doctrine de l'abandon pur et simple de l'anse intestinale dans la plaie, pour le cas où cette anse présente de petites perforations ou une gangrène commençante, est loin d'être acceptée par tout le monde. La grande généralité des chirurgiens ne réduit pas ; mais beaucoup suivent un conseil très-anciennement donné, et que M. Verneuil a formulé de nouveau dans la *Gazette hebdomadaire,* en 1861 : de peur que le cours des matières fécales ne se rétablisse pas, ils ouvrent l'intestin et créent un anus contre nature.

Enfin la méthode d'Ollivier n'a point fait de prosélytes, et je ne sache point qu'elle ait jamais été appliquée.

Il est évident, d'après ce rapide historique de la non-réduction, que l'abandon de l'anse intestinale dans la plaie n'existe pas, du moins comme méthode générale de herniotomie.

J'en trouve une nouvelle preuve dans ce fait, que, sur le nombre considérable d'observations d'opération de hernie étranglée qui ont été publiées, je n'ai pu en colliger qu'un chiffre relativement très-restreint dans lesquelles l'intestin ait été purement abandonné dans la plaie. Et je ferai remarquer, en outre, que, tout au moins pour le plus grand nombre d'entre elles, cet abandon de l'anse intestinale dans la plaie a eu lieu par cas de force majeure et tout à fait contre le gré de l'opérateur.

CHAPITRE III

Sommaire. — Avantages de la non-réduction. — La non-réduction assure la disparition rapide des phénomènes de l'étranglement. — Elle annihile les fâcheux effets de la paralysie de l'intestin. — Elle permet de combattre activement le rétrécissement ou l'oblitération de l'intestin. — La non-réduction n'empêche pas l'opérateur de s'assurer que l'étranglement a été levé. — La non-réduction n'a pas provoqué la sortie de nouvelles portions d'intestin, ni l'apparition de phénomènes plus douloureux du côté de la plaie. — L'étranglement ne se reproduit pas.

Lorsque, dans la première partie de ce travail, nous avons cherché à démontrer que la réduction de l'intestin dans la herniotomie est une manœuvre irrationnelle et le plus souvent fatale à l'opéré, nous avons fait voir qu'elle constitue souvent une cause d'arrêt pour le cours des matières fécales, et par cela même empêche les phénomènes de l'étranglement de se dissiper ; nous avons remarqué quelle joue un rôle considérable dans la pathogénie de la péritonite sans épanchement stercoral dans le péritoine, et, en dernier lieu, nous avons expliqué comment

elle peut amener et amène souvent, en effet, la rupture ou la gangrène de l'intestin et l'épanchement de matières fécales dans le ventre.

Nous suivrons le même ordre pour exposer les avantages de l'abandon pur et simple de l'anse intestinale dans la plaie de l'opération, et, pour ne pas nous livrer à de fastidieuses redites, nous passerons très-rapidement sur ce sujet, nous réservant seulement d'insister sur quelques points importants.

J'ai rapporté la persistance des phénomènes de l'étranglement à diverses causes : la réduction de l'anse intestinale dans l'épaisseur même des parois abdominales ; la compression de l'intestin réduit par les viscères abdominaux, siége de météorisme ou de congestion sanguine ; la déviation de la direction habituelle du canal intestinal hernié ; la paralysie et le rétrécissement de l'intestin.

L'abandon pur et simple de l'anse intestinale dans la plaie fait disparaître les trois premières de ces causes : fausse réduction, compression et déviation de l'intestin. Libre dans l'anneau ou le collet débridé, l'intestin laissé au dehors n'a plus aucune pression à supporter. Le cours du sang se rétablit dans l'épaisseur des tuniques intestinales, l'inflammation s'apaise, le gonflement décroît, les tissus reprennent leur souplesse passée, le calibre intestinal se reforme peu à peu, et le premier résultat fonctionnel de ce retour de l'anse intestinale à des conditions normales est le rétablissement des selles.

Cela est si vrai que, sur les vingt-sept observations de herniotomie avec abandon de l'anse intestinale dans la plaie que j'ai rapportées plus haut, une seule fois le cours des selles ne s'est pas rétabli, et la conduite de l'opérateur a suffi pour expliquer la raison de ce fait anormal.

Mais il y a la paralysie et le rétrécissement intestinal. Pour la paralysie, j'ai fait voir qu'elle n'agit comme obstacle au cours des matières fécales que lorsque l'anse intestinale est repoussée dans l'abdomen, et que la compression de cette anse par le paquet intestinal associe ses effets à ceux de la paralysie.

Le *vis a tergo* suffit pour rétablir le cours des selles dans l'anse laissée au dehors. J'ai rapporté des faits où l'anse intestinale, frappée de mort et par conséquent de paralysie, mais laissée au dehors, a continué à livrer passage dans son calibre, et durant quelques jours, aux matières stercorales.

Pour ce qui est du rétrécissement intestinal ou de l'oblitération complète de ce conduit par des produits plastiques épanchés dans l'épaisseur de ses parois, l'abandon de l'anse intestinale au dehors ne saurait les faire disparaître, il est vrai; mais la présence de l'intestin dans la plaie permettra au chirurgien de reconnaître cette complication et d'y aviser par la création d'un anus contre nature, ce qu'il serait impossible ou imprudent de tenter si l'anse était réduite dans l'abdomen.

Ainsi laisser l'intestin au dehors, c'est assurer le prompt rétablissement du cours des fèces dans l'intestin ; je viens de le démontrer par l'observation et par le raisonnement. Les auteurs ont aussi signalé ce résultat.

« L'expérience prouve qu'aussitôt que l'étranglement n'existe plus, les matières alvines reprennent leur cours naturel, et tous les accidents disparaissent quoique l'intestin ne soit pas réduit », dit Scarpa [1].

Et Sabatier : « Les accidents cessent aussitôt que l'étranglement est détruit ; les intestins rentrent peu à peu dans le ventre, où ils sont entraînés par le ressort du mésentère [2]. »

Boyer a soutenu la même doctrine : « L'expérience a appris que dans ce cas (adhérences de l'intestin), lorsqu'on a débridé convenablement l'ouverture herniaire et le col du sac, les accidents de l'étranglement cessent, et que la liberté du ventre se rétablit quoique l'intestin ne soit pas réduit [3]. »

Je m'arrête dans ces citations, car les opinions qu'elles reflètent ont été reproduites par tous les auteurs, et Vidal (de Cassis), qui proposait de ne pas opérer lorsqu'un météorisme considérable pouvait faire supposer l'impossibilité de la réduction, envi-

[1] Scarpa, 2e Mémoire, § XXVIII.
[2] Sabatier, *Médecine opératoire*, t. I, p. 107.
[3] Boyer, *loc. cit.*, t. VIII, p. 93.

sageait de même cet important côté de la non-réduction.

Quelle que soit, du reste, la valeur de ces démonstrations, reposant sur l'étude des faits, le raisonnement et l'opinion des auteurs, je prévois des objections ; elles sont inévitables.

Une objection qu'on ne manquera pas de faire, car elle se présente naturellement à l'esprit, est la suivante : Si, après avoir débridé l'agent constricteur, l'opérateur ne réduit pas l'intestin, rien ne lui démontrera que l'étranglement est levé, car cette même réduction de l'intestin dans la cavité abdominale est la preuve la plus complète que le débridement a atteint son but.

Eh bien ! ce qui renseignera l'opérateur sur la levée de l'étranglement mieux que la réduction, et en ne faisant courir au malade aucune chance funeste, c'est l'opération du débridement elle-même. Lorsque l'opérateur introduit la pulpe du doigt entre l'agent constricteur et l'intestin, il juge du degré de resserrement que subissent les parties, et, lorsqu'il a incisé, il apprécie, par la facilité qu'il éprouve à mouvoir son doigt dans leur intervalle, si la voie qu'il vient d'ouvrir est suffisante ; il se tient prêt à l'agrandir, et l'agrandit en effet, quand il le juge convenable, soit en prolongeant la première incision, soit en recourant à la méthode des débridements multiples.

J'ai dit que l'opération du débridement renseigne

mieux le chirurgien que la réduction, sur la levée de l'étranglement. J'ai signalé dans la première partie plusieurs observations qui démontrent, en effet, que la réduction a pu se faire dans les parois de l'abdomen, et provoquer la mort de l'opéré, en restant incomplète avec toutes les apparences d'une réduction bien faite.

Enfin le cours des selles en se rétablissant lèvera tous les doutes, et si la première garde-robe tardait trop à se produire, ce serait affaire à l'opérateur de s'assurer, par l'examen des parties, que l'étranglement ne persiste pas.

Ces considérations mettent à néant une autre objection qui consiste à dire que, certaines hernies possédant plusieurs collets, rien ne renseignera sur leur existence, si l'on n'essaye pas de réduire. Mais, véritablement, il serait par trop dangereux d'arriver par des efforts de réduction à la connaissance de ces collets multiples, et c'est encore le doigt de l'opérateur qui doit faire cette recherche.

Pott a dit que, quand on laisse une anse intestinale au dehors, la plaie est non-seulement fort douloureuse, mais encore que l'on voit à chaque effort, à chaque mouvement fait sans précaution, sortir de nouvelles portions d'intestin.

Pott avait-il vu cela se produire, ou bien était-il arrivé par le raisonnement à penser qu'il devait en être ainsi qu'il l'indique? J'incline à croire que cette dernière hypothèse est la vraie, car j'ai relevé

et reproduit dans ce travail toutes les observations de herniotomie où l'intestin a été laissé au dehors pour une cause ou pour une autre. Pas une seule fois les accidents qu'il prévoit ne se sont montrés.

Mais, me dira-t-on, nous voulons admettre que le cours des selles s'est rétabli; ne voyez-vous pas que ce résultat ne sera que provisoire, que momentané, et que l'étranglement va se reproduire, soit par la cicatrisation du lien constricteur débridé, soit par la tuméfaction de ces mêmes parties.

A ceci j'ai à répondre que ce retour de l'étranglement ne s'est pas présenté une seule fois dans les observations que je rapporte, qu'il n'a pas été signalé par les chirurgiens, et qu'en dernière analyse il n'est rien moins que probable. En effet, si Béclard a démontré que le tissu fibreux se réunit et se cicatrise, tout le monde sait que cette réunion est fort lente à se faire. Et d'ailleurs, dans le cas actuel , elle ne se ferait pas, puisqu'il existe entre les deux lèvres du tissu fibreux divisé une anse intestinale. D'autre part, la tuméfaction inflammatoire me paraît peu propre, à cause de sa mollesse, à produire une récidive de l'étranglement, et dans le tissu fibreux cette tuméfaction est d'autant moins marquée, qu'on a nié que ce tissu puisse devenir le siége d'une phlegmasie.

De ces diverses considérations je crois donc pouvoir conclure que l'abandon pur et simple de l'anse

intestinale dans la plaie favorise le rétablissement du cours des matières fécales, et par conséquent met un terme assuré aux phénomènes constitutifs de l'étranglement.

CHAPITRE IV

Sommaire. — La non-réduction est une mesure prophylactique de grande valeur contre la péritonite des opérés de kélotomie. — Par cette méthode, plus de réduction dans le ventre d'un intestin enflammé. — La non-réduction empêche de considérer la plaie de l'opération comme une plaie pénétrante de l'abdomen. — L'anse intestinale étranglée est toujours enflammée. — La réduction peut se faire spontanément. — Dangers de cette réduction spontanée lorsqu'elle est subite. — Avantages de la réduction spontanée et graduelle.— La réduction consécutive et spontanée peut ne pas se compléter. — Hernies irréductibles par adhérences.— Possibilité de la péritonite généralisée par propagation de l'inflammation.— Rareté extrême de cet accident et motifs qui expliquent cette rareté.

C'est surtout comme méthode préventive de la péritonite des opérés de hernie étranglée que l'abandon de l'anse intestinale dans la plaie constitue une modification importante du manuel opératoire ordinaire.

En temps et lieu, je me suis attaché à rechercher le mécanisme suivant lequel se produit cet acte morbide, et à mettre en lumière les conditions qui

président à son développement. J'ai surtout retenu deux faits capitaux, comme conséquence immédiate de la réduction et comme cause productrice de l'inflammation péritonéale : d'abord, le fait d'introduire dans le ventre un intestin enflammé ; secondement, celui de rétablir la continuité entre la cavité herniaire et la cavité péritonéale, continuité interrompue par la présence de l'intestin dans la plaie, et de constituer ainsi une plaie pénétrante de l'abdomen et une plaie compliquée.

L'abandon pur et simple de l'anse intestinale dans la plaie met à néant les deux causes puissantes de péritonite et, par conséquent, leurs désastreux effets.

A ceci l'on peut objecter que l'anse intestinale herniée peut ne pas être enflammée, et qu'alors on ne voit pas la raison pour laquelle l'opérateur ne réduirait pas ; que l'irritation provoquée par l'air atmosphérique amènera d'ailleurs l'inflammation de l'anse laissée dans la plaie, et qu'alors, se réduisant naturellement dans le ventre, elle constituera un foyer d'inflammation bien plus actif et provoquera, de cette façon, la complication qu'on avait cru prévenir par son abandon pur et simple dans la plaie.

Mais je me demande vraiment ce que l'on pourrait répondre à cette considération, que l'intestin laissé dans la plaie sert de barrière à l'inflammation et empêche l'air atmosphérique et les liquides

inflammatoires de se mettre en contat avec la séreuse péritonéale.

L'anse intestinale pourrait ne pas être enflammée, a-t-on dit. Je crois qu'il y a là une erreur de fait ; du moins, sur le petit nombre de hernies opérées qu'il m'a été donné de voir, j'ai toujours constaté que l'anse intestinale, dans les cas les plus simples, présente une coloration très-intense, une tuméfaction notable, un épaississement de sa paroi, et que le sac contient de la sérosité inflammatoire; or ce sont bien là les caractères de l'entéro-péritonite herniaire. Je laisse de côté les cas nombreux où les lésions sont beaucoup plus avancées et pour lesquelles le doute ne saurait exister.

Et, d'ailleurs, les pressions que nécessitent les efforts de réduction, efforts d'ordinaire très-soutenus, très-prolongés, suffiraient à produire l'inflammation alors même qu'elle n'existerait pas.

La seconde objection n'a pas une valeur plus grande; de deux choses l'une, en effet : ou bien l'intestin se réduira quelques minutes, quelques heures après l'opération; ou bien la réduction se fera d'une façon pour ainsi dire insensible, petit à petit. Ce dernier cas est le plus fréquent.

La réduction qui se fait spontanément et immédiatement après l'opération peut constituer un fait très-grave. La malade dont l'histoire est rapportée dans la XXXVIIIe observation a succombé à cet accident; mais il s'agissait, il est vrai, d'un intestin sé-

rieusement compromis. Cette réduction rapide a, en effet, quelques-uns des inconvénients de la réduction faite par le chirurgien, et principalement celui de s'accomplir avant que de fausses membranes ou des produits plastiques organisés obturent l'orifice péritonéal. De plus, l'inflammation dont l'anse intestinale a été le siége n'a pas eu le temps de se dissiper entièrement et peut servir de point de départ à une péritonite généralisée.

Mais il faut compter en moins les pressions exercées par le chirurgien pour réduire, et j'ai fait ressortir leurs effets défavorables.

Ces considérations suffiraient à faire préférer la réduction spontanée et rapide à la réduction provoquée.

On n'observe, d'ailleurs, cette réduction spontanée et immédiate le plus fréquemment que pour des anses intestinales dont le degré d'inflammation est très-modéré; car on comprend que, si la phlegmasie était plus vive, il se serait formé des adhérences qui rendraient impossible cette réduction spontanée et immédiate, et ne permettraient d'admettre que la réduction médiate et graduelle.

De telle sorte que, hors les cas de gangrène ou de perforation intestinale, je crois la réduction spontanée et immédiate dépourvue de danger, au moins le plus ordinairement.

Quant à la réduction tardive et graduelle, non-seulement elle n'offre pas de danger, mais elle est,

au contraire, féconde en sérieux avantages pour le malade. Le premier et le plus important est de le mettre à l'abri de la péritonite, en fermant toute communication de la cavité péritonéale, soit avec l'air extérieur, soit avec les liquides sécrétés à la surface de la plaie. De plus, il se développe une couche de bourgeons charnus sur l'anse intestinale laissée au dehors; à mesure que cette dernière rentre dans l'abdomen, la membrane granuleuse diminue d'étendue, et, si la réduction arrive à être complète, cette couche de nouvelle formation remplit le vide formé par l'anneau, accole l'anse intestinale à l'ouverture de la paroi abdominale, et, en vertu de sa rétractilité normale, de sa résistance et de son inextensibilité, peut amener la guérison complète de la hernie.

Dans des cas moins heureux, la réduction graduelle qui a commencé à se faire s'arrête dans sa marche, une partie de l'anse intestinale reste au dehors et constitue une hernie irréductible par adhérences.

Cette dernière circonstance pourrait être considérée comme fâcheuse, et on pourrait reprocher à la kélotomie sans réduction d'aboutir souvent à l'irréductibilité de la hernie, l'opéré étant préalablement guéri de son étranglement.

Ce reproche est fondé, et j'admets que, dans un nombre de cas que je ne puis apprécier faute d'éléments pour en établir le chiffre, les opérés de kélotomie sans réduction resteront porteurs, après gué-

rison de leur étranglement, d'une hernie irréductible par adhérences, généralement d'ailleurs bien moins volumineuse que la hernie primitive qui avait nécessité l'opération.

Mais en quoi cela prouve-t-il contre la kélotomie sans réduction? Et, si une bonne partie de ceux qui ont succombé à la kélotomie par les procédés ordinaires avaient pu être arrachés à la mort, grâce à la non-réduction, ce résultat serait-il si regrettable malgré l'irréductibilité de leur hernie?

Puis une hernie irréductible par adhérences est-elle, en définitive, plus grave qu'une hernie ordinaire? expose-t-elle à des accidents plus nombreux? C'est une question qui n'est pas tranchée et qui reste en suspens. Tout le monde sait, d'ailleurs, que l'étranglement herniaire est extrêmement rare dans les hernies irréductibles par adhérences.

Enfin, si la kélotomie ordinaire amenait fréquemment la guérison complète de la hernie après avoir fait disparaître l'étranglement, je comprendrais qu'on incriminât la kélotomie sans réduction, à ce sujet; mais il n'en est rien, et la kélotomie ordinaire est doublement défectueuse, en ce que tout d'abord elle constitue une opération désastreuse au point de vue du résultat brut, je veux dire de la vie ou de la mort de l'opéré, et secondement parce qu'elle est loin de répondre, touchant la cure de la hernie, aux espérances dont on s'est bercé.

En effet, M. Goyrand a rapporté le résultat de

son observation sur trente-cinq opérés de kélotomie qui avaient survécu à cette opération et définitivement guéri. Il a vu que la hernie s'est reproduite dans tous les cas, et, tirant de son examen les déductions pratiques, il a ainsi conclu : « Le débridement d'une hernie rend cette infirmité absolument incurable, alors même que cette opération est pratiquée à une époque de la vie où les hernies sont ordinairement très-susceptibles de guérison radicale, par le seul fait du développement du sujet[1]. »

On pourrait encore objecter que l'irritation causée par l'air, par les pièces de pansement, déterminera une violente inflammation de l'anse intestinale laissée au dehors, et que celle-ci, passant à la cavité péritonéale par continuité de tissu, pourra donner naissance à une péritonite généralisée.

C'est une conséquence possible de la non-réduction, mais elle doit être excessivement rare. Les deux seuls exemples de communication de l'inflammation au péritoine, par l'intestin laissé au dehors, que j'ai rapportés, ont trait à deux hernies extrêmement volumineuses, que les opérateurs furent obligés de laisser au dehors précisément à cause de leur volume, et qu'ils renfermèrent de force dans les parois du sac, à l'aide de la suture et de bandelettes agglutinatives. Cette dernière circonstance, qui peut être considérée à juste titre comme la cause réelle

[1] *Gazette médicale*, année 1868, p. 118.

de la mort, enlève toute valeur à ces deux faits, au point de vue de l'objection que je discute.

Or, dans les autres cas, cette propagation de l'inflammation n'a pas été observée, et je le comprends: l'inflammation qui frappe l'anse intestinale laissée au dehors est d'ordinaire très-limitée; son premier effet est la sécrétion de produits plastiques sur la surface de la séreuse intestinale; ces produits plastiques s'organisent, se transforment en bourgeons charnus, et servent dès lors de moyen de protection à l'intestin. C'est un des caractères des inflammations plastiques de tendre à se limiter, et je ne doute pas que la présence de l'anneau fibreux ne serve encore à cette limitation. Je rappelle que, dans ce genre de phlegmasie, les phénomènes locaux ont une bénignité tout à fait particulière et sont extrêmement peu accusés; de telle sorte que, lorsqu'ils se passent dans l'intérieur des organes, ils ne provoquent aucune réaction, passent inaperçus et constituent une grande partie des inflammations appelées latentes. Pour en citer un exemple qui rentre dans le sujet que je traite, telles sont ces hernies intestinales devenues irréductibles par adhérences, qui ont été véritablement le siége d'une péritonite herniaire, péritonite qui est passée complétement inaperçue du malade lui-même, et qu'on a appelée latente précisément parce qu'elle n'occasionne ni douleurs ni troubles d'aucune sorte.

Ainsi l'abandon de l'anse intestinale dans la plaie

présente, au point de vue du résultat consécutif, quelques inconvénients dans un nombre limité de cas; mais ces inconvénients sont peu importants, et la kélotomie ordinaire en provoque d'aussi sérieux.

Mais ce que je tenais surtout à établir me paraît démontré à l'heure présente, et je puis dès lors conclure : l'abandon pur et simple de l'anse intestinale dans la plaie est une mesure prophylactique d'une grande valeur contre l'invasion de la péritonite des opérés de hernie étranglée.

CHAPITRE V

Sommaire. — La non-réduction assure l'opérateur contre les dangers de l'épanchement stercoral immédiat ou consécutif. — Possibilité de cet accident dans des circonstances extrêmement rares. — Dangers des procédés qui consistent à fixer l'intestin à la paroi abdominale ou à créer un anus contre nature. — Leur inutilité. — La non-réduction ne provoque point fatalement la gangrène de l'anse intestinale laissée au dehors.

Un autre avantage de la non-réduction est de rendre à peu près impossible l'épanchement de matières fécales dans l'abdomen, soit pendant le cours de l'opération, soit consécutivement. Cet accident, si fréquent dans la kélotomie ordinaire, n'a pas été observé une seule fois dans les observations de kélotomie sans réduction, et en se reportant à la première partie, où j'ai longuement recherché les causes de cet accident, on verra que les circonstances dans lesquelles il se produit d'ordinaire sont toutes écartées par le fait seul de la non-réduction.

Ainsi l'examen préalable de l'anse herniée devient

inutile, et on n'aura plus à redouter les déchirures intestinales auxquelles il a quelquefois donné naissance.

Plus de réduction, partant plus d'efforts longtemps prolongés pour repousser une anse intestinale déjà malade dans l'abdomen, et, comme conséquence, plus de rupture de l'anse intestinale dans les doigts mêmes de l'opérateur. Les ponctions intestinales n'auront plus de but et devront être abandonnées.

D'autre part, le débridement de l'agent constricteur assurera l'opérateur contre la gangrène du bout supérieur. Et, si les progrès de l'inflammation gangréneuse sont tels que l'anse intestinale doive fatalement tomber en pourriture et s'ouvrir, les matières intestinales s'écouleront tout naturellement au dehors. On n'observera plus la gangrène d'une anse réduite à grand'peine et sa rupture consécutive dans le péritoine.

Cependant je comprends que l'abandon pur et simple de l'anse intestinale dans la plaie pourra permettre l'épanchement stercoral intra-abdominal dans quelques rares circonstances. Ainsi, qu'au moment de l'opération l'intestin soit largement ouvert par la gangrène, s'il vient à rentrer dans l'abdomen consécutivement au débridement, l'épanchement stercoral se consommera. Mais, si la théorie permet de supposer que les choses puissent se passer ainsi, en fait rien n'est plus rare. En effet, la gangrène s'accompagne presque constamment d'une inflammation

très-vive, qui a pour effet la sécrétion de la lymphe inflammatoire et la formation des adhérences et des fausses membranes. Lorsque la gangrène a parcouru sa marche et que la chute de l'escarre a lieu, ces adhérences maintiennent l'anse intestinale à la paroi abdominale, s'opposent à tout épanchement consécutif et aussi au retrait de l'intestin dans l'abdomen.

Dans les observations, onze fois l'anse intestinale, atteinte de gangrène commençante, ou détruite en partie par la mortification de ses parois, a été laissée dans l'anneau débridé, et dans aucun cas on n'a vu l'épanchement stercoral se produire à la suite du brusque retrait dans le ventre de l'anse laissée au dehors.

Ceci m'amène à parler des moyens qu'on a proposés, et aussi très-souvent employés, pour fixer l'intestin malade à la paroi abdominale ou pour créer de toute pièces un anus contre nature sur un intestin douteux, perforé ou gangréné. J'estime que ces moyens artificiels, violemment substitués au cours normal des choses, sont inutiles, irrationnels et dangereux.

Inutiles, car la création d'un anus contre nature vise la levée des phénomènes de l'étranglement, la fixation de l'anse intestinale à la paroi a pour but de l'empêcher de se retirer dans le ventre ; or le débridement a rempli la première indication, et les fausses membranes, les adhérences qui accompagnent constamment l'évolution de la gangrène, répondent complétement à la seconde.

Ces moyens sont enfin irrationnels et dangereux,

car pour les appliquer on s'expose à détruire les adhérences protectrices, à provoquer des hémorrhagies[1], à faire pénétrer les liquides intestinaux dans le péritoine; et la création d'un anus contre nature, notamment, a l'inconvénient grave de faire subir un traumatisme chirurgical à un intestin dont la gangrène est dans la période d'accroissement, c'est-à-dire dans cette période où la moindre cause d'irritation suffit à la faire se propager dans des parties jusque-là indemne de cet accident. C'est ce qui explique comment on a pu observer la gangrène du bout supérieur contenu dans l'abdomen, après la formation d'un anus contre nature.

De même, lorsqu'on ampute un membre dont la gangrène ne s'est pas limitée, voit-on très-souvent la gangrène récidiver dans le moignon.

Telles sont les considérations sur lesquelles je m'appuie pour repousser absolument et dans tous les cas la fixation de l'intestin à la paroi abdominale et la création d'un anus contre nature.

C'est dans cette partie de mon travail que je crois devoir examiner une opinion considérable, qui tire son importance de la grande autorité de son auteur.

« Laisse-t-on les intestins dans la hernie, exposés » au contact de l'air et des pièces d'appareil, dit

[1] M. Morel-Lavallée opère une hernie étranglée ; l'anse intestinale est gangrénée à sa partie moyenne. Il emporte les parties sphacélées, il crée un anus contre nature. L'opéré meurt par hémorrhagie du bout supérieur de l'intestin.

» Richter, c'est-à-dire expose-t-on les intestins très-
» enflammés à une irritation continuelle, ils se gan-
» gréneront certainement[1]. »

En d'autres termes, la formation naturelle d'un anus contre nature serait, d'après Richter, la conséquence fatale et nécessaire de la non-réduction. Eh bien! au pis-aller, j'accepte l'anus contre nature qui se forme par les seules force de la nature, et je le préfère aux dangers mortels de la réduction. Mais les faits témoignent hautement contre cette manière de voir. Sur les observations de kélotomie sans réduction que je rapporte, vingt opérés ont guéri, et chez les onze premiers la guérison s'est effectuée sans fistule et sans anus contre nature; chez les neuf autres, on a noté l'existence d'un anus contre nature ou de fistules stercorales; mais cette considération extrêmement importante n'échappera pas, que l'abandon de l'anse intestinale avait été provoqué chez eux par l'état gangréneux de l'intestin. De telle sorte que c'est la gangrène de l'intestin qui a provoqué l'abandon de l'anse intestinale dans la plaie, et que personne ne serait en droit de dire que c'est la non-réduction qui a provoqué la gangrène.

Bien plus, l'intestin manifestement gangréné, mais dégagé des causes qui pouvaient précipiter la marche du sphacèle et non interrompu dans la continuité de ses parois, a pu livrer passage sans se

[1] Richter, *loc. cit.*

rompre aux matières intestinales, encore un assez long espace de temps après l'opération, cinq jours dans l'observation XXXVII, neuf dans l'observation XXXIV, onze et douze jours dans les observations XXXIII et XXXII.

De ces faits il faut conclure que l'abandon de l'anse intestinale dans la plaie ne provoque point fatalement la gangrène des parois intestinales, et que l'opinion de Richter sur ce point est en désaccord avec les faits.

Je voudrais aller plus loin et tirer de l'étude de ces mêmes faits des déductions plus précises et plus circonstanciées, sur le rapport existant entre l'état de l'anse intestinale au moment de l'opération et l'apparition de la gangrène confirmée. Mais l'impossibilité de rien affirmer de positif sur la vitalité des anses intestinales, par un examen portant sur leur tunique externe, empêcherait cette étude d'avoir aucune valeur, et je suis obligé de m'en tenir à ce point que, dans tous les cas où la gangrène de l'intestin s'est produite consécutivement à la non-réduction, l'état gangréneux de l'intestin avait été noté par le chirurgien au moment de l'opération et avait nécessité la non-réduction.

Quelque peu importante que cette notion paraisse au premier abord, en réalité elle a des conséquences réellement considérables. Elle permet d'affirmer que, lorsque une anse intestinale abandonnée dans la plaie de l'opération se sphacèle, c'est qu'elle était,

préalablement à la réduction, profondément atteinte dans sa vitalité; elle permet de croire que pareil accident aurait pu se produire si l'anse intestinale avait été réduite dans le ventre, et tout le monde conviendra qu'il est bien préférable pour le malade que semblable accident se passe au grand jour que dans la profondeur de la cavité péritonéale.

De ces diverses considérations je me crois donc autorisé à conclure que l'abandon pur et simple de l'anse intestinale dans la plaie de l'opération rend à peu près impossible l'épanchement des matières intestinales dans l'abdomen, soit pendant le cours de l'opération, soit consécutivement.

CHAPITRE VI

Sommaire. — Résumé de la question et considérations à l'aide desquelles elle a été résolue. — Kélotomie sans réduction. — Pansement. — Persistance des phénomènes de l'étranglement. — Conduite à suivre. — La kélotomie sans réduction constitue une nouvelle méthode. — La kélotomie sans réduction constitue une opération dont le but est unique, et dont les règles, toujours semblables et parfaitement tracées à l'avance, sont applicables à tous les cas. — Observation. — Conclusions.

Je dois maintenant reprendre en quelques mots la question dès son point de départ et montrer par quelle suite de déductions successives je suis autorisé à proposer la kélotomie sans réduction comme solution du problème que je m'étais posé : « La kélotomie est une » opération désastreuse au point de vue de ses consé- » quences ; rechercher les causes qui la rendent telle, » et tracer des règles pour les éviter. »

Le premier point de ce double problème, rechercher les causes qui rendent la kélotomie ordinaire une opération désastreuse, a reçu sa solution dans la

première partie de ce travail. Là, j'ai cherché à mettre en lumière l'innocuité et la nécessité des trois premiers temps opératoires de la kélotomie : incision des enveloppes herniaires, ouverture du sac, débridement. Puis, arrivant à l'étude du quatrième temps, la réduction de l'intestin dans le ventre, j'ai fait voir que, contraire aux règles de la plus vulgaire prudence, cette dangereuse manœuvre, exposant le malade à la persistance des phénomènes de l'étranglement, à la péritonite, à l'épanchement stercoral, pouvait être considérée comme la cause véritable et presque exclusive de la mort des opérés de hernie étranglée.

La cause des insuccès de la kélotomie étant mise à jour, il fallait chercher les moyens pour en combattre les désastreux effets. Or, cette cause étant la réduction elle-même, je proposai de ne pas réduire. Mais il fallait démontrer que, en outre de ses indiscutables dangers, la réduction est une manœuvre inutile, ne répondant à aucune indication. Nous avons atteint ce but en faisant voir que la réduction va précisément à l'encontre du but pour lequel on la met à exécution, et en rapportant de nombreux exemples de kélotomie sans réduction, dans lesquels la guérison n'a pas été entravée par l'abandon de l'anse intestinale dans la plaie. Du même coup, l'innocuité de la non-réduction était démontrée.

Nous pouvions dès lors conclure, mais nous avons préféré mettre en lumière les avantages actifs de la

non-réduction et répondre aux objections qu'on ne pouvait manquer de nous faire; là, nous avons établi que la non-réduction favorise le prompt retour des garde-robes, constitue une mesure prophylactique de grande valeur contre la péritonite, et finalement rend à peu près impossible l'épanchement fécal intra-abdominal.

Je reprends donc les termes de mes conclusions, et je dis : Dans l'opération de la hernie étranglée, il ne faut jamais réduire; il faut laisser l'intestin dans la plaie, et le quatrième temps de la kélotomie doit être supprimé tout entier.

Il ne nous reste plus maintenant qu'à tracer les règles de cette opération ainsi modifiée.

La kélotomie sans réduction a pour but unique de faire cesser la constriction qui s'exerce sur une anse intestinale.

Cette opération comprend les trois premiers temps de la kélotomie ordinaire: l'incision des enveloppes herniaires, l'ouverture du sac, le débridement de l'agent constricteur.

A ce moment, l'opération est achevée, et, sans toucher en aucune façon à l'anse intestinale, l'opérateur ne doit plus se préoccuper que du pansement.

Je n'ai pas à décrire le manuel opératoire; il y a des règles classiques et que l'on retrouve partout: je dirai seulement quelques mots du pansement.

Le pansement doit être aussi peu irritant que

possible; il a été mis en usage par J.-L. Petit et par A. Cooper, et conseillé par Boyer. Il consiste à ramener légèrement les deux lèvres des enveloppes herniaires sur l'anse intestinale, de manière à ce qu'elles la recouvrent en partie, et à couvrir la plaie de gâteaux de charpie fine et molle. On pourrait même, je crois, avec un certain avantage, interposer entre la charpie et la hernie un linge fenêtré extrêmement fin, pour empêcher dans les premiers jours les brins de charpie de se fixer, soit sur l'anse intestinale, soit entre les lèvres de la plaie, et permettre ensuite de défaire le pansement tout d'une pièce.

Le tout doit être imbibé fréquemment d'une décoction tiède de feuilles de mauve ou de racines de guimauve, et le malade devra garder un repos absolu. On placera un coussin ou un drap roulé sous les genoux pour soutenir les membres inférieurs, rapprochés et légèrement fléchis sur le ventre. De cette façon, les anneaux seront dans tout leur relâchement, et rien ne s'opposera à la rentrée graduelle et spontanée de l'intestin.

Enfin on pourra solliciter le retour des selles par un purgatif léger administré sous un très-petit volume, afin d'éviter qu'il ne soit rejeté par le vomissement.

Je repousse la suture portant sur les enveloppes herniaires, et cela pour plusieurs raisons. D'abord, parce que les faits démontrent que ce mode de pansement a été plus d'une fois fatal à l'opéré, et d'autre

part parce que le raisonnement démontre combien il est naturel qu'il en soit ainsi. En effet, l'anse intestinale sur laquelle sont ramenées les deux lèvres de la plaie, cette anse intestinale, dis-je, est enflammée ; le sac l'est aussi ; cette inflammation trouvera dans l'opération elle-même un aliment nouveau, et, si l'on ferme aux produits inflammatoires toute issue vers l'extérieur, ils se porteront, grâce au débridement de l'anneau, bien plus facilement vers le péritoine. Puis, pour obtenir l'accolement parfait des lèvres de la plaie à l'aide de la suture, l'on sera nécessairement obligé de vaincre une certaine résistance, une certaine tension, tension et résistance qui se résolvent en un degré plus ou moins considérable de compression pour l'anse abdominale. Et finalement, si l'anse intestinale que l'opérateur croyait saine, je suppose, est au contraire atteinte dans la vitalité de ses parois, si elle se mortifie, si elle se perfore, par quelle voie, par quelle issue s'échapperont les matières intestinales, sinon par l'anneau débridé et dans l'abdomen? Ainsi la suture, les considérations précédentes le démontrent, prédispose à la péritonite, à la persistance des phénomènes de l'étranglement, à l'épanchement intra-abdominal ; elle devra donc être absolument repoussée. La cicatrisation par seconde intention devra être recherchée, et un pansement simple conviendra dans tous les cas.

On pourra procéder dès le lendemain à la levée

du premier appareil, et ce pansement s'exécutera avec une grande facilité si l'on a pris soin de s'opposer, par de fréquentes imbibitions de l'appareil, à l'évaporation rapide dont il est le siége.

Si les accidents de l'étranglement persistaient, il conviendrait de s'assurer de nouveau que l'étranglement a bien été levé; recherche facile qui consistera à glisser la pulpe de l'index entre l'intestin et le côté de l'anneau ou du collet par lequel on a débridé. On s'assurera ainsi qu'il n'existe aucune constriction dans toute l'étendue du trajet herniaire, ou bien au niveau de l'orifice interne. Si l'on jugeait que les viscères ne sont pas assez à l'aise, on porterait à nouveau le bistouri dans la plaie et l'on ferait un second débridement.

Mais, si l'on trouvait la voie parfaitement libre, on pourrait encore attendre jusqu'au lendemain avant de prendre une décision, pourvu que l'état général du malade permît le retard, et essayer en attendant un nouveau purgatif un peu plus énergique.

Mais, si le lendemain les choses persistaient dans le même état et que l'on se fût bien assuré de nouveau que l'étranglement est parfaitement levé, il faudrait admettre l'existence d'un rétrécissement ou d'une oblitération de l'intestin, ou bien encore d'un étranglement interne, et procéder sur l'heure à la création d'un anus contre nature.

Les suites de l'opération sont le plus générale-

ment très-simples ; les accidents de l'étranglement disparaissent d'ordinaire immédiatement ou quelques heures après le débridement.

Quant à l'anse intestinale, elle peut rentrer dans l'abdomen le même jour, et à la levée de l'appareil on ne la trouve plus entre les lèvres de la plaie : elle occupe le fond du trajet et s'applique contre l'orifice interne. Mais c'est là l'exception.

Plus fréquemment le retrait de l'anse intestinale ne s'opère pas d'une manière si prompte. Il se produit une légère inflammation, qui a son siége sur l'anse intestinale et dans la plaie herniaire, de la lymphe plastique qui est sécrétée, qui s'organise en bourgeons charnus. Pendant que ce travail se produit à la surface, l'anse, sollicitée par la rétraction du mésentère, par les contractions du reste de l'intestin, repoussée plus tard par la rétractilité de la membrane granuleuse, rentre peu à peu dans le ventre. Cette réduction peut devenir entière, et dans ces derniers cas il y a de grandes chances pour que la hernie soit définitivement guérie, parce que la couche des bourgeons charnus forme au niveau de l'anneau un bouchon obturateur qui rapproche, en vertu de sa rétractilité propre, les éléments constitutifs de cet orifice.

Mais cette heureuse terminaison paraît malheureusement être assez rare. Bien plus souvent, en effet, le retrait de l'intestin s'arrête, la cicatrisation s'opère et une hernie irréductible par adhérence se constitue.

Voilà comment les choses paraissent se passer lorsque l'intestin est simplement enflammé. Mais il est souvent frappé dans sa vitalité, soit par un commencement de gangrène, soit par un sphacèle tout à fait complet. Dans ces cas, et alors même que la continuité des anses intestinales est entière, on peut compter sur la formation consécutive d'une fistule stercorale ou d'un anus contre nature.

Je n'ai pas encore parlé de l'épiploon, qui peut se trouver dans la hernie en même temps que l'intestin; c'est que, en réalité, j'ai fort peu de chose à dire à ce sujet, d'abord parce que la science est complétement faite sur ce point, et de plus parce que beaucoup des raisons qui m'ont amené à condamner la réduction de l'intestin gardent toute leur valeur touchant la réduction de l'épiploon.

La science est faite sur ce point, ai-je dit, car tout le monde admet ce principe, que l'épiploon contenu dans une hernie étranglée ne doit jamais être repoussé dans l'abdomen. C'est Malgaigne qui a le mieux fait ressortir les dangers de sa réduction. « S'il y a de l'épiploon, ne le rentrez jamais, au grand » jamais, disait-il; l'épiploon le plus sain, dès qu'il » a été frappé par l'air extérieur, court grand risque » de se gangréner. »

Enfin, comme un intestin réduit, l'épiploon repoussé dans le ventre, après avoir été étranglé, peut jouer le rôle d'épine inflammatoire et provoquer une péritonite généralisée. De même que pour l'intestin,

la réduction de l'épiploon constitue la plaie pénétrante de l'abdomen, et expose le patient aux graves conséquences de ces plaies. Il ressort de cela que l'épiploon ne doit pas être réduit. Mais que faudra-t-il en faire? L'excisera-t-on? Le laissera-t-on dans la plaie? Les uns jettent une forte ligature sur le pédicule et excisent toute la portion située en deçà de ce lien. Les autres rejettent la ligature et se servent, pour emporter l'épiploon hernié, de l'écraseur de M. Chassaignac. D'autres abandonnent purement et simplement l'épiploon dans la plaie et s'applaudissent de leur pratique à cet endroit. Quelques-uns attendent deux ou trois jours avant de faire l'excision, afin que le pédicule ait contracté des adhérences avec le collet. Je donnerai la préférence à l'une ou l'autre de ces deux dernières façons de procéder.

Telle est la nouvelle méthode de herniotomie que des déductions successives tirées de l'étude des faits, de leur appréciation, et encore des opinions émises à diverses époques par les auteurs, m'ont amené à proposer en remplacement de la herniotomie ordinaire, opération grandement funeste, de l'aveu même de la généralité des chirurgiens.

J'ai dit que la kélotomie sans réduction constitue une nouvelle méthode, et je dois justifier cette prétention, qu'on trouvera peut-être bien ambitieuse. Mais qu'on remarque que l'opération de la hernie étranglée subit une transformation radicale, complète, absolue, non pas seulement dans le procédé

opératoire habituel, duquel je ne supprime que le dernier temps comme inutile et dangereux, mais bien dans le but, dans la fin dernière que se propose l'opérateur.

On débridait surtout pour réduire : je propose de débrider pour lever l'étranglement, et rien de plus. Le résultat final que l'opérateur se propose d'obtenir est donc changé, ou tout au moins interverti ; c'est ce fait essentiel qui constitue une nouvelle méthode opératoire.

Si j'avais proposé de dilater l'agent constricteur au lieu de l'inciser, de le faire éclater avec le doigt sans inciser les enveloppes herniaires, de l'inciser de dehors en dedans, toujours dans le but parfaitement indiqué de pouvoir réduire l'intestin hernié, évidemment j'eusse enrichi la science d'un nouveau procédé opératoire, mais je n'aurais pu croire sans errer avoir proposé une nouvelle méthode de kélotomie.

Or, dans la kélotomie sans réduction, les procédés classiques sont conservés ; le but final seul, transformé, amène le rejet du dernier temps opératoire : j'avais donc raison de dire que la kélotomie sans réduction constitue, à proprement parler, une nouvelle méthode d'opération de la hernie étranglée.

Il y a mieux : la kélotomie sans réduction n'est pas une invention moderne ; elle existait au siècle dernier ; elle était conseillée pour certains cas, et je l'ai bien montré dans l'historique. Je n'ai donc pas

la prétention d'avoir créé de toute pièce la nouvelle méthode; mais le but de ce travail a été de la généraliser à l'universalité des cas. La kélotomie sans réduction était l'infime exception, elle doit devenir la règle, et la règle presque absolue; c'était un pis-aller que l'on n'embrassait qu'avec la plus extrême répugnance, elle devient une ressource extrêmement précieuse; enfin, pour tout dire, elle n'existait qu'à l'état de procédé, nous l'avons élevée au rang de nouvelle méthode.

C'est donc dans ce dernier sens, et dans ce sens seulement, que nous disons que la kélotomie sans réduction doit être regardée comme une nouvelle méthode.

Un dernier mot, et je termine par là ce travail, déjà trop long certainement.

L'opération ordinaire de la hernie étranglée n'est pas même une opération absolument définie. En effet, J.-L. Petit disait qu'il ne savait pas ce qu'il allait faire lorsqu'il allait opérer une hernie, et Velpeau a écrit ces lignes révélatrices dans son *Traité de médecine opératoire:* « A chaque opération, on se » trouve devant un fait nouveau, et le chirurgien est » obligé de trancher la difficulté. » Eh bien! je déclare qu'une opération aussi capitale que celle de la hernie étranglée ne peut manquer d'un but unique et de règles fixes qu'au plus grand détriment du malade. Que pour des opérateurs comme J.-L. Petit et Vel-

peau cette absence de but unique et de règles fixes n'ait que des inconvénients secondaires, parce que leur génie saura sur l'heure y suppléer; qu'ils puissent se décider subitement sur la conduite à tenir, et que leur décision soit toujours conforme à l'intérêt du malade, je veux bien l'admettre, si c'est là, comme on l'a dit, le privilége du génie. Mais le génie n'est l'apanage que de rares privilégiés, et d'ailleurs il importe que toute opération ait un but unique, dont elle ne s'écarte jamais; il importe que, lorsque l'opérateur saisit l'instrument, il connaisse le but pour n'avoir à se préoccuper que de l'atteindre; il importe enfin, pour des raisons que chacun comprendra, qu'au milieu d'une grave et difficile opération, le chirurgien n'ait pas à prendre une décision de laquelle dépendra la vie ou la mort de l'opéré.

Dans la kélotomie sans réduction, le procédé opératoire est simplifié; mais, outre cela, qui est de peu d'importance, le but à atteindre est toujours le même et toujours unique, quel que soit d'ailleurs l'état de l'intestin ou de la hernie; ce n'est pas un des moindres avantages de la nouvelle méthode.

Ce travail était livré à l'impression, lorsque j'ai reçu de Bordeaux l'observation que l'on va lire. Elle est due à M. le docteur Riquard, médecin adjoint de l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, et à M. le docteur

Segay, chirurgien chef de service au même hôpital.

Une observation, c'est peu sans doute; celle-ci suffit à faire passer la kélotomie sans réduction du domaine de la théorie pure dans celui de la pratique. En effet, c'est, croyons-nous, le premier exemple d'une opération de hernie étranglée où les opérateurs aient convenu entre eux, avant de rien entreprendre, de laisser l'intestin au dehors, quel que soit l'état de ses tuniques.

Le résultat d'une pareille décision ne s'est pas fait attendre : « M. Segay est d'avis, comme moi, » que c'est grâce à votre méthode que notre opéré est » encore en vie », m'écrit le docteur Riquard. La lecture de son observation ne laisse aucun doute à ce sujet.

OBSERVATION XLI

Hernie crurale étranglée. — Opération. — Abandon de l'anse intestinale dans la plaie. — Anus contre nature.

La femme X..., Espagnole, d'un tempérament nervoso-sanguin, est âgée de soixante-deux ans. Elle conduit tous les matins une charrette qu'elle charge elle-même de corbeilles de fruits et de lourds paniers de poissons. Elle se livre à ce travail pénible depuis environ quinze ans.

Elle m'appelle le 27 du mois de juin, vers huit

heures du soir. J'arrive aussitôt, et je me trouve auprès de la malade, qui se plaint depuis le matin de vives douleurs à l'épigastre et qui n'a cessé de vomir toute la journée ; il n'y a pas eu de selle. Guidée par ces renseignements, ma pensée se porte immédiatement sur l'existense de quelque hernie, et je demande à la femme X... si elle n'a pas de tumeur au ventre ; j'apprends alors qu'elle a, en effet, depuis trois ans, une tumeur au-dessus de la cuisse droite, que cette tumeur ne paraît que le jour et qu'elle disparaît la nuit, que jamais elle ne l'a fait souffrir, et qu'elle ne croit pas devoir rapporter sa maladie, ou du moins les symptômes qu'elle présente, à l'existence de cette tumeur. Je l'examine cependant et je trouve dans l'aine droite une tumeur du volume d'un œuf de poule, dure, mamelonnée. Rapportant naturellement tous les symptômes que j'observais à la présence de cette hernie, qui, m'apprit alors la malade, n'était pas rentrée depuis cinq nuits, j'essaye immédiatement le taxis ; celui-ci, même suffisamment prolongé, ne me donne aucun résultat. Ne voulant pas dès lors fatiguer la malade outre mesure, je prescris l'application de sangsues autour de la tumeur, des cataplasmes sur tout l'abdomen, qui était douloureux et météorisé, et j'ordonne des lavements émollients et même un qui était purgatif, un bain pour le lendemain et divers autres moyens pour calmer les vomissements.

Le lendemain, j'arrive pendant que la malade est

dans son bain et j'en profite pour pratiquer de nouveau le taxis, qui reste, comme la veille, infructueux. Voyant alors que la malade présente des symptômes plus alarmants que la veille, que les vomissements sont plus fréquents, que déjà, à deux reprises, ils étaient composés par des matières fécaloïdes ; que, d'ailleurs, il n'y a pas eu de selle ; que la face est grippée, que le corps est couvert d'une sueur froide, que l'abdomen est plus fortement météorisé et que le pouls devient plus petit à mesure qu'il augmente de fréquence, je demande pour l'après-midi une consultation, que j'annonce comme devant être probablement aussitôt suivie de l'opération.

Mon honorable confrère et ami, le docteur Segay, est appelé. Il essaye de nouveau du taxis, qui, associé à la réfrigération par l'éther, reste encore sans résultat. Alors, devant les symptômes que je viens d'énumérer et dont la gravité n'a fait que s'accentuer davantage, nous nous décidons à l'opération. *Il est toutefois convenu entre nous que, dans quelque état que nous trouvions l'intestin, nous le laisserons au dehors,* c'est-à-dire que nous nous arrêterons au quatrième temps de l'opération.

La peau et les diverses couches sous-cutanées sont donc incisées, et nous tombons sur une membrane épaisse, lisse, tendue, que nous prenons d'autant facilement pour le sac qu'elle va en s'épaississant à mesure que nous nous approchons de l'anneau crural. Elle est incisée. Nous avons alors devant nous une

tumeur du volume d'un œuf de poule environ, qui n'a pas parfaitement l'aspect de l'intestin, mais qui est trilobée, formée par des parois un peu flétries, minces, et présentant par places une coloration légèrement ardoisée. Pensant être sur l'intestin, il est fait un débridement large et multiple, et, après nous être assurés que tout étranglement a cessé, nous nous contentons de faire un pansement simple à plat (charpie cératée sur la tumeur et la plaie, et un cataplasme de riz par-dessus), laissant ainsi tout au dehors.

L'opération avait été faite à cinq heures du soir, le 28 juin 1868. Dans la même soirée, nous revîmes, M. Segay et moi, notre malade. Il y avait un changement des plus heureux. La face n'est plus grippée, la malade est calme, elle a reposé ; il n'y a plus de vomissements, pas même de nausées depuis l'opération ; le ventre est moins douloureux et un peu moins tendu ; des gaz abondants ont été rendus par l'anus, mais il n'y a pas eu de selle ; le pouls ne bat que 90 fois à la minute. Il n'y a pas d'ailleurs de changement dans l'aspect ni la position de la tumeur. Satisfaits de cet état, très-rassurant pour la malade, nous continuons les applications émollientes sur le ventre et sur la plaie, et nous prescrivons des lavements de même nature ; un peu de bouillon froid sera donné à la malade.

Le lendemain de l'opération, 29 juin, l'amélioration continue : pouls à 90 pulsations, facies bon, pas

de vomissements. La malade a pris du bouillon et l'a bien gardé; le ventre est toujours tendu, mais pas douloureux; il y a eu deux selles assez abondantes, solides; des gaz sont toujours rendus par l'anus et en très-grande abondance. La plaie est dans un assez bon état, mais la tumeur a une odeur gangréneuse; ses parois sont plus molles et encore plus flétries, violacées. Nous pensons qu'elle s'ouvrira au dehors; cependant la journée se passe bien.

Le lendemain, 30 juin, en examinant attentivement la tumeur, nous nous demandons si nous avons bien ouvert le sac et si c'est l'intestin qui est vraiment sous nos doigts. Mon honorable confrère croit que le sac n'a pas été ouvert; je ne partage pas son avis; mais comme, d'ailleurs, cette tumeur est sur le point de s'ouvrir par les points sphacélés qu'elle présente, nous attendons. Le lendemain, 1er juillet, l'ouverture avait eu lieu et une fistule stercorale était établie.

Aujourd'hui, 4 août, nous sommes à trente-six jours de l'opération, et rien dans l'état local ne paraît s'être modifié. Qu'arrivera-t-il ? Il me semble difficile de le dire; cependant, si l'on considère qu'il y a de temps en temps des selles par l'anus et de fréquentes expulsions de gaz, on accordera qu'il y a lieu d'espérer la guérison.

De plus, je crois pouvoir tirer cette conclusion : c'est que, le sac ayant ou non été ouvert, si la réduction avait été faite, la femme X... serait morte le

lendemain ou le surlendemain, à cause de l'état avancé de gangrène de l'intestin. C'est mon opinion, et aussi celle de mon excellent confrère M. Segay. D'où il faut conclure doublement que, si la femme X. est encore en vie, c'est à la méthode que vous préconisez, et que nous avons mise à profit, que nous le devons.

Je m'arrête à ces simples réflexions et vous livre ainsi le fait dans toute sa vérité. A vous d'en tirer tout le parti que vous croirez convenable.

Bordeaux, le 5 août 1868.

Dr Riquard.

J'ai fort peu de chose à ajouter. Cette observation rappelle dans toutes ses circonstances l'observation consignée dans ma thèse sous le numéro I. Dans toutes deux, la hernie était crurale et l'intestin profondément atteint dans sa vitalité. Dans toutes deux, le sac avait été méconnu et l'ouverture n'en avait pas été faite. Dans toutes deux, c'était l'anneau crural qui constituait l'étranglement, et, le débridement de cet anneau une fois fait, le cours des selles s'était rétabli et les symptômes graves avaient disparu. Dans l'observation Ire, on avait réduit, à travers le sac non incisé, un intestin malade et gangréné; un épanchement s'est fait dans le péritoine et la malade est morte. Dans la présente observation, on laisse dans le sac méconnu un intestin gangréné; l'épanchement se fait dans la cavité du sac, la péritonite

est évitée, une fistule stercorale s'établit. Trente-six jours après l'opération, la malade est pleine de vie, on espère la guérison, et ses opérateurs m'écrivent : « C'est grâce à la méthode que vous préconisez que » notre malade est encore en vie. » Tout commentaire serait superflu.

CONCLUSIONS

1° L'opération de la hernie étranglée, telle qu'on la pratique habituellement, donne des résultats désastreux.

2° Dans l'immense majorité des cas, l'opération doit être regardée comme la principale cause de ces insuccès. Il convient dès lors d'indiquer quelle part d'influence prend chacun des temps de la kélotomie dans la mortalité des opérés.

3° Le premier temps de la kélotomie, constitué par l'incision des enveloppes herniaires, est d'une innocuité à peu près absolue.

4° Le deuxième temps de la kélotomie, comprenant l'ouverture du sac herniaire, n'entre que pour une part très-faible dans la mortalité de la kélotomie.

5° Le troisième temps de la kélotomie, constitué par le débridement de l'agent constricteur, n'entraîne

que très-exceptionnellement de fâcheuses conséquences.

6° Le quatrième temps de la kélotomie a pour but la réduction de l'intestin. Ce quatrième temps est une cause fréquente de la persistance des phénomènes de l'étranglement; il est l'agent le plus actif de la péritonite si fréquemment consécutive à l'opération; il provoque et produit l'épanchement de matières intestinales dans le ventre : c'est une manœuvre irrationnelle et contraire aux lois de la prophylaxie des complications.

7° La réduction de l'anse intestinale après le débridement de l'agent constricteur est la cause pour ainsi dire unique des nombreux insuccès de la kélotomie.

8° La réduction n'est pas une manœuvre de nécessité première ; elle ne répond à aucune indication.

9° L'abandon de l'anse intestinale dans la plaie de l'opération n'entraîne pas de fâcheuses conséquences.

10° Dans l'opération de la hernie étranglée, il ne faut pas réduire, il faut laisser l'intestin dans la plaie, et le quatrième temps de la kélotomie doit être supprimé tout entier.

11° La non-réduction n'existe pas comme méthode générale de kélotomie.

12° La non-réduction assure et précipite la cessation des phénomènes de l'étranglement.

13° La non-réduction est une mesure prophylac-

tique de grande valeur contre la péritonite des opérés de hernie étranglée.

14° La non-réduction assure l'opérateur contre les dangers de l'épanchement stercoral immédiat ou consécutif.

15° La non-réduction ne provoque point fatalement la gangrène de l'anse intestinale laissée au dehors.

16° La non-réduction constitue une nouvelle méthode d'opération de la hernie étranglée : c'est la kélotomie sans réduction.

17° La kélotomie sans réduction, au contraire de la kélotomie ordinaire, est une opération applicable à tous les cas, à but unique et à règles fixes.

FIN

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION

Sommaire — L'opération de la hernie étranglée, telle qu'on la pratique habituellement, donne des résultats désastreux. — But de ce travail..... 1

PREMIÈRE PARTIE

DE LA KÉLOTOMIE

CHAPITRE PREMIER

Sommaire. — Définition de la kélotomie. — La kélotomie est bien la cause efficiente de la mort des opérés..... 7

CHAPITRE II

Sommaire. — De l'Incision des enveloppes herniaires; son innocuité au point de vue des suites de l'opération 15

CHAPITRE III

Sommaire. — De l'Ouverture du sac. — Nécessité de ce temps opératoire. — Dangers de cette manœuvre. — Blessure de l'intestin. — Gravité des plaies pénétrantes de l'abdomen. — C'est la réduction de l'intestin qui constitue la plaie pénétrante. — L'ouverture du sac n'entre que pour une part très-faible dans la mortalité de la kélotomie..... 17

CHAPITRE IV

Sommaire. — Du Débridement. — Les tentatives de taxis avant le débridement sont illogiques et dangereuses. — Cas où l'on

peut se dispenser de débrider. — Larges débridements des anciens. — Ses dangers. — Nombreux procédés créés pour y remédier. — Pratique moderne. — Débridements multiples et peu étendus. — Rareté de l'hémorrhagie. — Déchirure de l'intestin pendant le débridement. — Le procédé d'Arnaud est irrationnel. — Nécessité absolue du débridement.— Blessure de l'intestin. — Le débridement n'entre que pour une part très-faible dans la mortalité de la kélotomie..... 31

CHAPITRE V

Sommaire. — De la Réduction de l'intestin. — Pour les auteurs, la réduction est regardée comme obligatoire. — La réduction est le but ultime de la kélotomie. — Tous les moyens sont mis en œuvre pour obtenir la réduction. — La réduction est une cause fréquente de la persistance des phénomènes de l'étranglement. — La réduction est une cause fréquente de péritonite. — La réduction est une cause fréquente de l'épanchement des matières intestinales dans le ventre. — La réduction est une manœuvre antiphysiologique. — La réduction est la cause pour ainsi dire unique des nombreux insuccès de la kélotomie..... 43

Observations 90

DEUXIÈME PARTIE

DE LA KÉLOTOMIE SANS RÉDUCTION

CHAPITRE PREMIER

Sommaire. — La réduction est une manœuvre dangereuse, mais ne constitue-t-elle pas une manœuvre nécessaire? — Innocuité de la non-réduction démontrée par les faits. — Conclusion : la réduction est inutile et dangereuse ; donc il ne faut pas réduire..... 125

CHAPITRE II

Sommaire. — Historique de la non-réduction. — Nombreuses modifications proposées par les auteurs pour remédier aux in-

succès de la kélotomie ordinaire. — Danger ou insuffisance de ces modifications.— La kélotomie hâtive.— Taxis forcé d'Amusat.— Hernies enflammées de Malgaigne.— La non-réduction conseillée dans la gangrène de l'intestin, dans les adhérences anciennes de l'intestin au sac, dans les cas de hernies très-volumineuses. — Olivier propose de ne faire la réduction de l'intestin que lorsque les phénomènes inflammatoires se seront dissipés. — Inconvénients de ce procédé. — Conclusions à tirer de cet historique. — La non-réduction n'existe pas comme méthode générale..... 206

CHAPITRE III

Sommaire. — Avantages de la non-réduction. — La non-réduction assure la disparition rapide des phénomènes de l'étranglement. — Elle annihile les fâcheux effets de la paralysie de l'intestin. — Elle permet de combattre activement le rétrécissement ou l'oblitération de l'intestin. — La non-réduction n'empêche pas l'opérateur de s'assurer que l'étranglement a été levé. — La non-réduction n'a pas provoqué la sortie de nouvelles portions d'intestin, ni l'apparition de phénomènes plus douloureux du côté de la plaie. — L'étranglement ne se reproduit pas..... 228

CHAPITRE IV

Sommaire. — La non-réduction est une mesure prophylactique de grande valeur contre la péritonite des opérés de kélotomie. — Par cette méthode, plus de réduction dans le ventre d'un intestin enflammé. — La non-réduction empêche de considérer la plaie de l'opération comme une plaie pénétrante de l'abdomen. — L'anse intestinale étranglée est toujours enflammée. — La réduction peut se faire spontanément. — Dangers de cette réduction spontanée lorsqu'elle est subite. — Avantages de la réduction spontanée et graduelle.— La réduction consécutive et spontanée peut ne pas se compléter.— Hernies irréductibles par adhérences.— Possibilité de la péritonite généralisée par propagation de l'inflammation.— Rareté extrême de cet accident et motifs qui expliquent cette rareté. 236

CHAPITRE V

Sommaire. — La non-réduction assure l'opérateur contre les dangers de l'épanchement stercoral immédiat ou consécutif. — Possibilité de cet accident dans des circonstances extrêmement rares. — Dangers des procédés qui consistent à fixer l'intestin à la paroi abdominale ou à créer un anus contre nature. — Leur inutilité. — La non-réduction ne provoque point fatalement la gangrène de l'anse intestinale laissée au dehors 245

CHAPITRE VI

Sommaire. — Résumé de la question et considérations à l'aide desquelles elle a été résolue. — Kélotomie sans réduction. — Pansement. — Persistance des phénomènes de l'étranglement. — Conduite à suivre. — La kélotomie sans réduction constitue une nouvelle méthode. — La kélotomie sans réduction constitue une opération dont le but est unique, et dont les règles, toujours semblables et parfaitement tracées à l'avance, sont applicables à tous les cas. — Observation. — Conclusions 252